



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Seguimento terapêutico dos doentes com  
perturbação bipolar e avaliação do perfil de  
intoxicação**  
**Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia  
Comunitária, Hospitalar e Investigação**

**Joana Teresa Gomes dos Santos**

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba  
Coorientador: Prof. Doutor António José Pissarra da Costa  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eugénia Neto Ferrão da Silva

**Covilhã, abril de 2017**



A todos aqueles que procuram incessantemente  
a resposta para o que sentem e o  
caminho para uma normalidade sobrevalorizada.



# Agradecimentos

Primeiro de tudo, agradeço imenso à professora Eugénia Gallardo, ao Dr. Pissarra da Costa, à Dra. Juliana Nunes e à professora Eugénia Ferrão, sem os quais esta dissertação não seria possível.

Também quero expressar uma enorme gratidão, à equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital da Guarda e à equipa da Farmácia Moderna da Guarda, por todos os ensinamentos.

Não poderia finalizar esta etapa sem agradecer a toda a minha família, pelo apoio e amor incondicional. Obrigada às minhas tias e aos meus avós por estarem sempre dispostos a dar aquele mimo que aquece a alma. Muito obrigada aos meus pais por todo o sacrifício, força e ensinamentos que me moldaram e possibilitaram estar onde estou hoje. E um obrigada muito especial ao meu companheiro, o meu irmão, que talvez seja uma das maiores inspirações da minha vida e sem ele nunca chegaria tão longe. Obrigada a todos por acreditarem mais em mim do que eu própria.

A todos os meus amigos e companheiros da UBI. São bastante as pessoas que não me saíram da memória e que sempre lembrarei com um sorriso nos lábios, porém é necessário destacar aquelas pessoas que se tornaram numa segunda família, que me aturaram mesmo quando podia não o merecer, que me levantaram sempre que caí, com quem partilhei risos e lágrimas, com quem para sempre partilharei memórias. À Ana Fernandes, à Diana Alves, à Nádía Oliveira e à Patrícia Cabrita, não consigo imaginar estes anos sem vocês.

Em geral, muito obrigada a todos os que, de uma forma ou outra, marcaram a minha passagem pela Covilhã e me ajudaram a crescer, tanto em termos pessoais como científicos.



# Resumo

A dissertação que se segue abrange três vertentes, separadas por capítulos. Dois dos capítulos debruçam-se sobre os estágios curriculares, sendo o terceiro sobre a componente de investigação.

No primeiro capítulo encontra-se descrita a experiência do estágio curricular realizado na Farmácia Moderna de São Miguel, Guarda, durante o período compreendido entre 25 de janeiro e 19 de abril de 2016. Relativamente ao segundo capítulo, este diz respeito ao estágio curricular realizado, de 20 de abril a 13 de junho de 2016, nos Serviços Farmacêuticos da Unidade Local de Saúde da Guarda, também conhecida por Hospital de Sousa Martins. Importa referir, que a estrutura, usada na redação dos primeiros dois capítulos, tem por base a lista de valências e conhecimentos que a caderneta de estágios objetiva que cada aluno, do Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas, apreenda.

Por fim, no último e terceiro capítulo, tem espaço um estudo de investigação retrospectivo intitulado “Seguimento terapêutico dos doentes com perturbação bipolar e avaliação do perfil de intoxicação”.

A perturbação bipolar é uma das doenças mais incapacitantes do mundo, tendo uma taxa de prevalência de aproximadamente 4%. Os doentes que possuem esta doença têm 15 vezes mais risco de suicídio, sendo que 1/3 terá cometido pelo menos uma tentativa de suicídio.

Neste estudo utilizaram-se os registos da Unidade Local de Saúde da Guarda e foi estudado o perfil do doente com perturbação bipolar, a terapêutica instituída e os episódios de ideação suicida e de tentativas de suicídio. O tamanho da amostra foi de 84 indivíduos e o período de estudo foi de 3 anos.

Para a caracterização do perfil do doente bipolar foram tidas em conta as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, ocupação, insuficiência económica, antecedentes familiares de patologia psiquiátrica, história pessoal de alcoolismo e de toxicod dependência, presença de ideação suicida, episódios de tentativas de suicídio e o número de recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica, número de consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e o número de internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Verificou-se que esta doença tem uma prevalência maior no sexo feminino (63,1%), entre os 40 e 50 anos (28,6%), em indivíduos casados (61,9%) e que apresentem insuficiência económica (65,5%). Quanto ao tratamento terapêutico, os grupos de fármacos mais usados na manutenção desta patologia, foram os antipsicóticos atípicos (85,7%), os anticonvulsivantes e estabilizadores de humor (79,7%) e as benzodiazepinas (79,8%). Relativamente à associação de grupos terapêuticos, na amostra estudada a utilização concomitante de antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas foi a mais usual (70,2%).

Quanto à análise dos doentes que teria tido ideação suicida e tentativas de suicídio, verificou-se que os valores mencionados, para o perfil do doente com perturbação bipolar, exacerbaram-se. Para além disso, uma indicação positiva de variáveis como a antecedência familiar de patologia psiquiátrica, história pessoal de alcoolismo e história pessoal de toxicodependência foi muito mais evidente.

Relativamente às tentativas de suicídio propriamente ditas, foi notado que 67% teriam sido por intoxicação medicamentosa, sendo que dentro deste método o recurso a psicofármacos foi o mais habitual (77%).

### **Palavras-chave:**

farmácia comunitária; farmácia Hospitalar; psiquiatria; perturbação bipolar; psicofármacos; ideação suicida; tentativa de suicídio.

# Abstract

The following dissertation covers three strands, separated by chapters. Two of the chapters focus on the curricular internships and the third on a research component.

In the first chapter, the experience of a curricular internship in the pharmacy “Fármacia Moderna” of São Miguel, Guarda, during the period between January 25 and April 19 of 2016, is presented. Regarding the second chapter, it refers to the curricular internship, from April 20 to June 13 of 2016, at the Pharmaceutical Services of the Local Health Unit of Guarda, also known as Sousa Martins Hospital. It should be noted, that the structure, used in the writing of the first two chapters, is based on the list of valences and skills that the internship book aims for each student, of the Integrated Masters Degree in Pharmaceutical Sciences, to apprehend.

Finally, in the last and third chapter, is shown a retrospective study entitled "Therapeutic follow-up of patients with bipolar disorder and evaluation of intoxication profile".

Bipolar disorder is one of the most disabling diseases in the world, with a prevalence rate of approximately 4%. Patients who have this disease are 15 times more likely to have risk of suicide, with one-third having committed at least one suicide attempt.

In this study the records of the Local Health Unit of Guarda were used and the profile of the patient with bipolar disorder, the established therapy and the episodes of suicidal ideation and suicide attempts were studied. The sample size was 84 individuals and the study period was 3 years (2013-2015).

For characterization of the bipolar patient profile, the following variables were considered: gender, age, marital status, occupation, economic insufficiency, family history of psychiatric pathology, personal history of alcoholism and drug dependence, presence of suicidal ideation, episodes of suicide attempts and number of resorts to the Emergency Department for psychiatric pathology, number of Department of Psychiatry and Mental Health's appointments and the number of hospitalizations in the Department of Psychiatry and Mental Health.

It was verified that this disease had a higher prevalence in females (63,1%), between 40 and 50 years (28,6%), in married individuals (61,9%) and those who present economic insufficiency (65,5%). As for the therapeutic treatment, the drugs' groups most used to maintain this pathology were atypical antipsychotics (85,7%), anticonvulsants and mood stabilizers (79,7%) and benzodiazepines (79,8%). Regarding the association of therapeutic groups, in the sample studied the concomitant use of atypical antipsychotics and benzodiazepines was the most usual (70,2%).

As for the analysis of patients who had suicidal ideation and suicide attempts, it was found that the values mentioned, for the profile of the patient with bipolar disorder, were exacerbated. In addition, a positive indication of variables such as family history of psychiatric pathology, personal history of alcoholism and personal history of drug addiction was much more evident.

Regarding suicide attempts, it was noted that 67% have been due to drug intoxication, and within this method the use of psychoactive drugs was the most common (77%).

## **Key Words**

community pharmacy; hospital pharmacy; psychiatry; bipolar disorder; psychopharmaceuticals; suicidal ideation; suicide attempt.

# Índice

Capítulo 1 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.....	1
1. Introdução .....	1
2. Localização .....	2
3. Horário de Funcionamento .....	2
4. Infraestruturas: exterior e interior .....	2
4.1. Exterior .....	2
4.2. Interior .....	3
5. Recursos Humanos .....	6
6. Sistema Informático .....	7
7. Informação e Documentação Científica .....	7
8. Medicamentos e outros produtos de saúde .....	8
9. Aprovisionamento e Armazenamento.....	8
9.1. Pedidos de Encomenda e Fornecedores .....	9
9.2. Receção e conferência das encomendas .....	9
9.3. Devoluções .....	11
9.4. Armazenamento .....	11
9.5. Controlo de prazos de validade .....	11
10. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento .....	12
10.1. Atendimento.....	12
10.2. Farmacovigilância .....	13
10.3. Medicamentos fora de uso .....	14
11. Dispensa de Medicamentos.....	14
11.1. Receita Médica .....	14
11.2. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes .....	16
11.3. Regimes de comparticipação .....	16
12. Automedicação.....	17
13. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde .....	18
13.1. Produtos de dermo-farmácia, cosméticos e de higiene .....	18
13.2. Produtos dietéticos para alimentação especial .....	19
13.3. Produtos Dietéticos Infantis .....	20
13.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos) .....	20
13.5. Medicamentos de uso veterinário (MUV) .....	21
13.6. Dispositivos médicos .....	21
14. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia .....	22
14.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos .....	22
14.2. Distribuição domiciliária de medicamentos.....	23
14.3. Administração de vacinas e injetáveis e Realização de curativos .....	23
15. Preparação de medicamentos .....	24
16. Contabilidade e gestão .....	25
16.1. Receituário e faturação à dispensa de medicamentos.....	25
16.2. Documentos contabilísticos.....	26
17. Conclusão .....	27
18. Referências Bibliográficas.....	27
Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar .....	31
1. Introdução .....	31
2. Localização e Caracterização .....	32
3. Gestão de recursos humanos .....	33
4. Gestão dos Stocks dos Serviços Farmacêuticos .....	33
4.1. Sistemas e critérios de seleção e aquisição.....	34
4.2. Receção e conferência de produtos adquiridos .....	35
4.3. Armazenamento .....	36
4.4. Controlo de validades.....	37
5. Distribuição.....	37
5.1. Distribuição em regime de internamento .....	38
5.2. Distribuição a doentes em regime de ambulatório .....	40
5.3. Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação restritiva .....	41

6.	Produção e controlo .....	43
6.1.	Preparação de Formas Farmacêuticas não estéreis .....	43
6.2.	Reembalagem de doses unitárias sólidas.....	45
6.3.	Preparações citotóxicas individualizadas .....	45
7.	Nutrição assistida .....	46
7.1.	Nutrição entérica .....	47
7.2.	Nutrição Parentérica.....	48
8.	Informação e atividades de Farmácia Clínica .....	48
8.1.	Farmácia Clínica .....	48
8.2.	Farmacocinética Clínica.....	50
8.3.	Farmacovigilância .....	51
8.4.	Informação e Formação .....	51
9.	Ensaio clínicos .....	52
10.	Comissões técnicas.....	53
11.	Conclusão .....	53
12.	Referências Bibliográficas.....	54
Capítulo 3 - Seguimento terapêutico dos doentes com perturbação bipolar e avaliação do perfil de intoxicação .....		57
1.	Introdução.....	57
1.1.	Psicofármacos Utilizados nas Tentativas de Suicídio Registadas.....	66
2.	Justificação e Objetivos .....	72
2.1.	Justificação.....	72
2.2.	Objetivo geral.....	72
2.3.	Objetivos específicos .....	73
3.	Métodos e Materiais .....	73
4.	Resultados, Análise e Discussão .....	74
4.1.	Perfil do doente com perturbação bipolar .....	74
4.2.	Terapêutica do doente com perturbação bipolar.....	80
4.3.	Perfil do doente com perturbação bipolar com ideação suicida vs com tentativa de suicídio .....	88
4.4.	Tentativas de suicídio .....	94
5.	Limitações.....	97
6.	Conclusões.....	98
7.	Referências Bibliográficas .....	99
Anexos.....		101
Anexo I.....		101
Anexo II .....		102
Anexo III .....		103
Anexo IV .....		104
Anexo V.....		105
Anexo VI .....		106
Anexo VII .....		107
Anexo VIII .....		108
Anexo IX .....		109
Anexo X.....		110

# Lista de Gráficos

Gráfico 1. Histograma das tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.....	95
Gráfico 2. Gráfico circular dos métodos utilizados para as tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.....	96
Gráfico 3. Gráfico circular e subgráfico circular relativos às intoxicações medicamentosas nas tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.....	96



## Lista de Tabelas

Tabela 1. Gestão de um episódio de mania agudo.....	63
Tabela 2. Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar I.....	63
Tabela 3. Manutenção da terapia na perturbação bipolar I.....	64
Tabela 4. Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar II.....	64
Tabela 5. Manutenção da terapia na perturbação bipolar II.....	65
Tabela 6. Caracterização da amostra estudada quanto ao género.....	74
Tabela 7. Caracterização da amostra estudada quanto à faixa etária.....	75
Tabela 8. Tabulação cruzada do sexo e faixa etária.....	75
Tabela 9. Caracterização da amostra quanto o estado civil.....	76
Tabela 10. Caracterização da amostra quanto à ocupação.....	76
Tabela 11. Caracterização da amostra quanto à insuficiência económica.....	77
Tabela 12. Caracterização da amostra quanto aos antecedentes familiares de patologia psiquiátrica.....	77
Tabela 13. Tabulação cruzada da história de alcoolismo com a história de toxicod dependência.....	78
Tabela 14. Tabulação cruzada da relação entre a ideação suicida e as tentativas de suicídio.....	78
Tabela 15. Análise estatística dos recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica, consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de 2013 a 2015, da amostra estudada.....	79
Tabela 16. Dados relativos à utilização de anticonvulsivantes e estabilizadores de humor na amostra estudada.....	80
Tabela 17. Dados relativos à utilização de antipsicóticos atípicos na amostra estudada.....	80

Tabela 18. Dados relativos à utilização de antipsicóticos típicos na amostra estudada.....	81
Tabela 19. Dados relativos à utilização de benzodiazepinas na amostra estudada.....	81
Tabela 20. Dados relativos à utilização de antidepressivos tricíclicos na amostra estudada...81	
Tabela 21. Dados relativos à utilização de antidepressivos tetracíclicos na amostra estudada.....	82
Tabela 22. Dados relativos à utilização de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) na amostra estudada.....	82
Tabela 23. Dados relativos à utilização de inibidores da recaptção da noradrenalina-dopamina (IRND) na amostra estudada.....	82
Tabela 24. Tabulação cruzada do tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor com os antipsicóticos atípicos.....	83
Tabela 25. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e antipsicóticos típicos.....	83
Tabela 26. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e as benzodiazepinas.....	84
Tabela 27. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e os antidepressivos tricíclicos.....	84
Tabela 28. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e antidepressivos tetracíclicos.....	85
Tabela 29. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina.....	85
Tabela 30. Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e inibidores da recaptção da noradrenalina-dopamina.....	86
Tabela 31. Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas.....	86
Tabela 32. Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e antidepressivos tricíclicos.....	87
Tabela 33. Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e antidepressivos tetracíclicos.....	87

Tabela 34. Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e ISRS.....	87
Tabela 35. Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e IRND.....	88
Tabela 36. Caracterização da amostra quanto a ideações suicidas, tentativas de suicídio e o sexo.....	89
Tabela 37. Caracterização da faixa etária dos indivíduos com ideações suicidas e tentativas de suicídio.....	89
Tabela 38. Tabulação cruzada dos dados relativos ao sexo e à faixa etária dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	90
Tabela 39. Caraterização do estado civil dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	90
Tabela 40. Caraterização da ocupação dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	91
Tabela 41. Dados relativos à insuficiência económica dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	92
Tabela 42. Dados relativos a antecedentes familiares de patologia psiquiátrica dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	92
Tabela 43. Tabulação cruzada da história pessoal de alcoolismo e história pessoal de toxicoddependência com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	93
Tabela 44. Análise estatística dos recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica, consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de 2013 a 2015, dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.....	94
Tabela 45. Análise estatística do número de tentativas de suicídio, para a amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.....	95



# Lista de Acrónimos

AIM - Autorização de Introdução no Mercado  
ARS - Administração Regional de Saúde  
ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical*  
AUE - Autorização de Utilização Especial  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
BPF - Boas Práticas Farmacêuticas  
CANMAT - *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*  
CCF - Centro de conferência de Faturas  
CNFT - Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica  
CNPEM - Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos  
DCI - Denominação Comum Internacional  
FEFO - *First Expire / First Out*  
FHNM - Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos  
IMC - Índice de Massa Corporal  
INR - Índice Internacional Normalizado  
IRND - Inibidor de Recaptação Noradrenalina - Dopamina  
IRSR - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina  
IVA - Imposto Sobre o Valor Acrescentado  
MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica  
MSRM - Medicamento Sujeito a Receita Médica  
MUV - Medicamento de Uso Veterinário  
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antibióticos  
PT - Prontuário Terapêutico  
PVP - Preço de Venda ao Público  
RAM - Reação Adversa Medicamentosa  
RCM - Resumo das Características do Medicamento  
SNF - Sistema Nacional de Farmacovigilância  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
ULS - Unidade Local de Saúde



# Capítulo 1 - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

## 1. Introdução

A evolução constante das farmácias ao longo do tempo tem sido um facto. Elas passaram de simples estabelecimentos de venda de medicamentos, a locais de grande valor na prestação de serviços de saúde, assim como na elaboração de medicamentos, utilizados nos seres humanos e em animais. Este papel é hoje amplamente reconhecido pelos utilizadores das farmácias.[1]

A farmácia comunitária tem como umas das suas principais funções o fornecimento de medicamentos em condições de segurança para o doente, reduzindo o risco da sua toma e a apreciação dos resultados clínicos desse uso, permitindo assim, uma avaliação mais correta dos riscos/benefícios a eles associados. Ao farmacêutico cabe-lhe fazer a ligação entre o utente e a farmacêutica, uma vez que é ele o último profissional de saúde a ter contacto com o doente, alertando-o para a necessidade da toma dos medicamentos de acordo com a prescrição evitando perigos e garantindo o efeito desejado.

As Farmácias Portuguesas têm vindo a fazer um grande esforço no sentido de proporcionarem aos clientes outros serviços com o objetivo primordial da promoção da saúde e minimização dos riscos e da qual intervenção o farmacêutico é o principal interlocutor na vigilância de doentes em tratamentos prolongados.

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas inclui o estágio curricular em farmácia comunitária, permitindo assim aos alunos o contacto com a realidade da farmácia e o perceber até que ponto os conhecimentos ganhos nos anos de universidade são uma mais valia quando se entra num local onde a responsabilidade e o conhecimento são de uma importância fulcral numa sociedade cada vez mais dependente da terapêutica.

Ao longo do meu estágio na Farmácia Moderna da Guarda integrada no “Grupo Videira Lopes”, ao qual pertencem ainda as farmácias Albino Pais de Mangualde, Mouro de Viseu e Paranhense de Paranhos da Beira, beneficiei do facto de me incluir num grupo de profissionais muito dinâmicos e altamente qualificativos e motivados, prontos a ajudar e a transmitir conhecimentos teóricos e práticos próprios do exercício farmacêutico. Durante este estágio, tive a possibilidade de participar em diversas atividades formativas, experienciei práticas laboratoriais, contactei com os utentes, tomei conhecimento do receituário, dos sistemas e subsistemas de saúde e da orgânica inerente a uma farmácia comunitária. É dessa prática feita ao longo de vários meses que o presente relatório pretende dar uma panorâmica geral.

## **2. Localização**

A Farmácia Moderna da Guarda está localizada na Avenida de São Miguel, Edifício 2B, na Guarda. Esta localização é ideal e de fácil acessibilidade para uma percentagem significativa da população da cidade e do Concelho, uma vez que se encontra muito próxima da Extensão de São Miguel do Centro de Saúde da Guarda.

## **3. Horário de Funcionamento**

Esta farmácia tem funcionamento normal de segunda-feira a sábado, das 8h 30 min às 22h de forma contínua. Para além deste horário, a farmácia está de serviço de 10 em 10 dias, em rotatividade com as restantes 10 farmácias da cidade da Guarda. Nos dias de serviço, esta encontra-se aberta até às 24h e a partir desse momento os atendimentos são realizados por um postigo concebido para o efeito.

## **4. Infraestruturas: exterior e interior**

### **4.1. Exterior**

Na fachada do edifício encontra-se um letreiro luminoso onde se lê “Farmácia Moderna - Videira Lopes Saúde” com o logótipo associado e encontra-se também presente a cruz verde iluminada 24h por dia. Ainda no âmbito objetos identificadores, está afixada uma placa com a seguinte informação: nome da farmácia, nome da Diretora Técnica, horário de funcionamento e as farmácias de serviço.[2]

Em termos anatómicos, esta fachada é composta por duas montras de vidro que ocupam praticamente toda a sua área e que são divididas pela entrada automática, também envidraçada e com uma pequena montra incorporada. Estas montras servem para afixar publicidades e decorações sazonais. Além disso, ainda se consegue ver o postigo para atendimentos noturnos, já referido anteriormente, e uma campainha do lado esquerdo.

Para além da parte frontal, que é a zona de acessibilidade para os clientes e a cara da farmácia, existe ainda um acesso do lado esquerdo da farmácia, sendo esta usada pelos trabalhadores e para a receção de encomendas.

## 4.2. Interior

No espaço interior, a Farmácia Moderna é dividida por dois pisos e um pequeno piso intermédio. O primeiro piso é constituído pela zona de atendimento onde alguns produtos estão expostos e separados por área, um gabinete de aconselhamento ao doente, uma zona resguardada para trabalho burocrático (por exemplo, conferência de receituário), uma casa de banho para utilização dos doentes, uma copa com casa de banho, uma sala com o sistema de videovigilância e quatro zonas de armazenamento de medicamentos e produtos farmacêuticos. O piso intermédio é um espaço amplo utilizado essencialmente para o controlo de encomendas. Por fim, no segundo piso para além de outro espaço de armazenamento, ainda existe o laboratório, o gabinete da Diretora Técnica e outros dois gabinetes para aconselhamento. Salienta-se ainda que, as áreas mínimas estão garantidas.[3]

### 4.2.1. Zona de atendimento

Sendo a zona de atendimento destinada ao público, foi planeada para que proporcionasse o maior conforto e eficiência quer para os profissionais quer para os clientes. Após se entrar na farmácia, vêem-se duas portas: uma à direita, utilizada como entrada, e outra à esquerda, que funciona como saída. Logo após perpassar a porta existe uma máquina de senhas para que os atendimentos se possam fazer de forma ordeira, sendo de referir que perto existem algumas cadeiras para que as pessoas possam aguardar a sua vez que forma confortável.

Passando para o local onde ocorre o contacto entre o cliente e o profissional, a farmácia dispõe de oito balcões de atendimento individuais e que formam um “L”, sendo que estão 5 seguidos e depois mais 3. Estes balcões estão equipados com um computador, um digitalizador de código de barras, uma impressora indicada, sacos, folhetos informativos, expositores com produtos e por vezes algumas amostras de produtos novos para oferta. Da parte de trás destes balcões, existem várias prateleiras e gavetas. Nas prateleiras, estão expostos produtos capilares, produtos fito-terapêuticos, produtos homeopáticos, produtos sazonais (por exemplo, no Inverno uma grande variedade de antigripais, antitússicos, entre outros) e produtos veterinários não sujeitos a receita médica. Já nas gavetas, estão guardados alguns produtos da mesma área que os expostos nas prateleiras, mas também alguns medicamentos como pílulas e uma grande variedade de antipiréticos, ainda existem termómetros, testes de gravidez, produtos para o desmame tabágico, entre outros.[4]

Logo da parte da frente dos balcões e mal se entra na farmácia, existem vários ilhéus com produtos de várias áreas de ação aos quais os clientes podem aceder com facilidade. É de destacar que alguns dos produtos que estão nesses ilhéus são produtos de higiene oral, de higiene genital, de contraceção física e de teor sexual, calçado ortopédico, calçado de

criança e algum produto novo, de destaque sazonal ou em promoção.[4] É de salientar que nesta área ainda existe, logo adjacente aos balcões e perto da saída, uma máquina para a medição da tensão arterial, peso e IMC.

Para além disso, ainda é de referir mais três áreas na zona de atendimento. Primeiro, na parede direita, uma zona dedicada a produtos cosméticos, com uma variada gama de marcas e de produtos especializados para cada pele e condição. Estes produtos de dermo-cosmética estão expostos em prateleiras, na vertical por marca e na horizontal por gama, por baixo existem várias gavetas com amostras e à frente encontra-se uma secretária para auxiliar o atendimento. De seguida e passando por todas as zonas já referidas, no fundo da área de atendimento existe uma zona ampla que pode ser dividida em duas. Do lado direito, encontram-se produtos de puericultura, de cuidados a grávidas e de alimentação infantil[4], uma secretária com um computador para auxiliar o aconselhamento ao cliente e uma pequena área que entretenimento infantil. Por último, no lado esquerdo, encontra-se uma grande variedade de produtos ortopédicos e podológicos.[4]

#### 4.2.2. Gabinete de Aconselhamento ao Doente

Existem três gabinetes dedicados a um aconselhamento e atendimento mais privado do doente, porém os dois do segundo piso apenas têm uma maca, uma secretária e algumas cadeiras, enquanto o do primeiro piso está apetrechado com diverso material que permite uma grande oferta de serviços. Neste gabinete existe uma secretária e cadeiras, uma maca reclinável com plataforma elevatória, material para a medição de parâmetros bioquímicos e fisiológicos (como pressão arterial, glicémia capilar, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, INR, *Combur test*®), material para curativos e injetáveis (possuindo a farmácia profissionais com formação em ambas áreas), material para fazer furos e folhetos informativos.

#### 4.2.3. Armazéns

Como já referido anteriormente o espaço de armazenamento pode ser dividido em quatro no primeiro piso e outro no segundo piso.

Logo por trás da zona de atendimento, existem duas áreas de armazenamento, uma na zona de conferência de receituário e outra numa divisão à parte. Na zona de conferência, existe uma parte de arrumação a que chamam “externos”. Aí os produtos encontram-se numas portas deslizantes e organizados de forma intuitiva, sendo estes produtos de uso recorrente, como: seringas e outros dispositivos médicos, material de curativos, soros fisiológicos, alguns cremes, alguns laxantes, entre outros. Na divisão, existem duas formas de arrumação, um

armário que preenche uma parede inteira, denominado compacto, e um frigorífico que se encontra a uma temperatura de 2°C a 8°C. No compacto, os fármacos estão organizados por gavetas, primeiro estão divididos por forma farmacêutica (comprimidos e cápsulas, colírios, pomadas e cremes, carteiras, aerossóis, supositórios, óvulos e outros medicamentos para uso ginecológico, ampolas, injetáveis, medicamentos de uso veterinário), e dentro de cada forma farmacêutica são organizados por ordem alfabética do nome comercial e dosagem. Nas últimas gavetas que sobram, encontra-se uma área reservada para encomendas já pagas.

Os outros dois armazéns mais importantes situam-se entre a zona de conferência de receituário e a plataforma intermédia. Primeiro e olhando para toda a extensão da parede esquerda do corredor que liga as duas zonas referidas, vê-se todos os medicamentos genéricos na forma de comprimidos e cápsulas, estes estão organizados por ordem alfabética do princípio ativo e por dosagem. Mais à frente, passando a maior parte do corredor e a copa, existe um conjunto de estantes à direita onde se encontram os xaropes ordenados por ordem alfabética do nome comercial, excedentes de medicamentos e outros produtos que não tinham espaço nos armazéns ou expostos.

Por último, existe, no segundo piso, um outro local de arrumação, que serve para guardar material de escritório e calçado.

Também é pertinente referir que os estupefacientes e psicotrópicos não se encontram guardados em nenhum dos armazéns descritos, mas sim no Gabinete da Diretora Técnica, num cofre.

Finalmente, importa salientar que, em todos os espaços, existem termóstatos e sensores de temperatura para garantir as condições perfeitas de conservação dos produtos.[4] Os dados de climatização são registados informaticamente para prevenir descontrolos.

#### 4.2.4. Laboratório

Tal como diz o anexo da Deliberação nº 1500/2004, de 7 de Dezembro, é obrigatório que uma farmácia tenha um laboratório apetrechado com algum equipamento.[5] Neste sentido, a Farmácia Moderna cumpre os requisitos, possuindo um laboratório com os componentes indispensáveis por lei e ainda o Formulário Galénico Português, a Farmacopeia Portuguesa e matérias-primas, cuja documentação associada (ficha do artigo, boletim de análises e ficha de segurança) está toda arquivada de forma ordeira. Para além dos documentos referidos, também se encontram arquivadas por 3 anos as fichas de preparação dos manipulados e os registos de controlo periódicos aos equipamentos de medida. É de salientar que a responsabilidade do laboratório foi delegada a uma farmacêutica, garantindo que este espaço

está sempre operacional para que qualquer pedido de execução de um medicamento manipulado seja realizado em condições ótimas.

## 5. Recursos Humanos

Para que esta farmácia possa oferecer um serviço com grande qualidade e diversidade, tem ao seu dispor uma equipa com igual qualidade e diversidade. Os seus elementos têm uma marcada pró-atividade, capacidade de trabalho de equipa e ainda apresentam a particularidade interessante de cada um se ter especializado numa área específica, permitindo aumentar o leque de oferta de serviços, produtos e aconselhamentos. Esta equipa é então composta por, correspondendo ao descrito no artigo 23º do Decreto-Lei 307/2007:[3]

- Dra. Ana Raquel Videira Lopes Andrade (Diretora Técnica);

- Dra. Carla Forte (Farmacêutica Adjunta);

- Dra. Joana Conde (Farmacêutica);

- Dra. Sofia Jorge (Farmacêutica);

- Dra. Tânia Martinho (Farmacêutica);

- Dra. Vanina Nunes (Farmacêutica);

- Anabela Vargès (Técnica de Farmácia);

- Carlota Pacheco (Técnica de Farmácia);

- David Neves (Técnico de Farmácia);

- Filipa Pais (Técnica de Farmácia);

- Francisco Inácio (Técnico de Farmácia);

- Hugo Santos (Técnico de Farmácia);

- Conceição Correia (Auxiliar de Limpeza).

Para além dos trabalhadores fixos, a Farmácia Moderna ainda dispõe da colaboração de outros profissionais de saúde, que prestam aconselhamentos periódicos aos clientes, como uma nutricionista, uma podologista, uma praticante de Medicina Tradicional Chinesa e uma conselheira de produtos de dermo-cosméticos.

## 6. Sistema Informático

O sistema informático utilizado pela Farmácia Moderna foi concebido pelo grupo SoftReis e denomina-se SPharm. Através deste programa é possível efetuar todas as operações necessárias para o bom funcionamento da farmácia de forma prática e eficaz, facilitando o desempenho de tarefas como:

- Gestão de stocks, ajudando nos pedidos de encomendas através de gráficos de consumo, nas entradas de encomendas, nas devoluções;
- Consulta de informações, quer seja sobre medicamentos (havendo uma ligação direta ao RCM e mostrando outros dados), quer seja dos clientes (compras prévias, dados pessoais que estão na sua ficha de cliente);
- Dispensa de produtos, permitindo o cálculo automático da venda com participação do respetivo organismo e com protocolos, vendas a crédito, vendas suspensas, devoluções, etc;
- Gestão da contabilidade e manutenção do receituário.

## 7. Informação e Documentação Científica

A Farmácia Moderna dispõe de um vasto conjunto de informação e documentação científica, algumas já referidas anteriormente. Estes documentos são essenciais para que, a qualquer momento, qualquer um dos colaboradores da farmácia possa esclarecer alguma dúvida, e deste modo prestar o melhor serviço possível. Parte da biblioteca segue as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), contando com a presença do Prontuário Terapêutico (PT) e o Resumo das Características dos Medicamentos (RCM). Segundo o artigo 37º do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, a farmácia também dispõe da Farmacopeia Portuguesa e de documentos indicados pelo Infarmed, como o Formulário Galénico Português, o Regimento Geral de Preços e Manipulações, as Disposições Gerais, o Código de Ética da Ordem dos Farmacêuticos e os Estatutos da Ordem dos Farmacêuticos.[3][4]

Para além destes documentos, a Farmácia Moderna foi recolhendo os exemplares bibliográficos de várias áreas de ação farmacêutica e médica. Parte desta informação foi oferecida por Delegados de Ação Médica, permitindo que todos os colaboradores da farmácia possam alargar os seus conhecimentos para oferecer melhores conselhos aos clientes. Ainda de referir, que através da utilização da Internet e do SPharma, existe um fácil acesso a mais informação, de modo a que se ofereça um atendimento mais personalizado ao doente, advertindo-o de possíveis interações e respondendo às suas dúvidas com rapidez e eficiência.

## **8. Medicamentos e outros produtos de saúde**

Relativamente à arrumação de todos os produtos na farmácia, tal já foi descrito anteriormente na explicação dos armazéns. Este modo de organização é feito para que se respeitem as condições ótimas de preservação dos produtos e para auxiliar os colaboradores a executarem as suas tarefas da forma mais eficiente.

É também importante referir que é necessária uma organização racional de todos os produtos que uma farmácia comunitária dispõe, com o fim de tornar os atendimentos mais céleres. Quando falamos desta necessidade, somos remetido para sistemas de classificação, fazendo sentido começar por explicar o indicado pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code ou Classificação Anatômica Terapêutica e Química). Este sistema divide os princípios ativos em subgrupos, atendendo ao órgão em que atuam, propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas.[6]

De seguida, temos outro sistema de classificação que foi uma tentativa de aproximação ao anterior. Este sistema é denominado classificação farmacoterapêutica oficial e foi estabelecida no Despacho do Ministério da Saúde n.º 6914/98, de 24 de Março. Basicamente, através desta, os fármacos são identificados e separados tendo por base a finalidade terapêutica.[7]

Por último e talvez mais utilizado, uma vez que facilita o trabalho numa farmácia pelo seu carácter intuitivo, é a classificação dos medicamentos por forma farmacêutica. Este já foi abordado quando o “compacto” foi descrito, sendo, tal como o nome diz, uma divisão baseada no “estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado”. [8]

## **9. Aprovisionamento e Armazenamento**

A primeira semana de estágio foi direcionada para esta temática. Desta forma, percebi o quão crucial é o trabalho de bastidor de uma farmácia, pois a sobrevivência desta depende em grande parte de uma correta gestão dos stocks dos produtos, do seu aprovisionamento e armazenamento.

## 9.1. Pedidos de Encomenda e Fornecedores

Na Farmácia Moderna, cada semana é responsabilidade de um farmacêutico diferente, consoante uma rotatividade organizada pela Diretora Técnica, fazer as encomendas diárias. Pelo menos uma vez por dia, este tipo de encomendas são efetuadas através do sistema informático Spharma, ou seja, pedido por modem. Normalmente este pedido é realizado com as sugestões calculadas automaticamente pelo SPharma, mediante: os mínimos e máximos estabelecidos, as quantidades existentes em farmácia e a saída que o produto tem em cada mês. Assim, perante os gráficos de venda e as sugestões, o responsável pela encomenda decide a quantidade de cada produto a pedir. É muito importante fazer esta análise cuidadosamente, uma vez que a maior parte das vezes não é rentável ter stocks muito grandes. Para além disso, é preciso escolher o fornecedor a quem se pedirá cada produto, visto que cada um tem um número de entregas diárias e horas definidas, diferentes bonificações, diferentes promoções, diferentes políticas de pagamento e devoluções.

Ao longo do dia, é normal haver mais pedidos de encomenda feitas ou por telefone ou e-mail. Este tipo de encomendas é resultado da necessidade que o farmacêutico e o técnico de farmácia se deparam em cada atendimento, tendo o cliente que ser avisado de quando o produto estará disponível.

Para este dois tipos de encomendas, recorre-se aos armazenistas como fornecedores, entre os quais: Cooprofar da Guarda e Gondomar, Alliance Healthcare do Porto e de Castelo Branco, Cofanor e Agrovisu. É de salientar que o fornecedor principal da farmácia é a Cooprofar da Guarda, devendo-se este facto à sua proximidade e ao número superior de entregas diárias comparativamente aos outros. Como a farmácia está integrada num grupo como mais três farmácias, é muitas vezes feita troca de produtos quando estes estão esgotados nos fornecedores ou uma farmácia tem muita quantidade.

Ainda existem as compras diretas, que tal como o nome indica são feitas diretamente ao laboratório Ratiopharm, Teva, Mepha, Generis, ou para encomendas de produtos sazonais, de dermo-cosmética, de puericultura, de cuidados a grávidas, de calçado e de outras áreas. Quando se faz este tipo de encomenda, são pedidas grandes quantidades de cada produto, beneficiando-se de grandes vantagens económicas, pois estão sempre associadas bonificações e outras condições financeiramente aliciantes.

## 9.2. Receção e conferência das encomendas

Devido à chegada de vários baques com encomendas por dia, esta é provavelmente uma das tarefas em que os estagiários mais auxiliam a farmácia. Para que esta tarefa ocorra é necessário em primeiro lugar recolher as faturas (Anexo I), original e duplicado, conferir

todas as informações relativas aos dados do fornecedor e da farmácia, organizar os baques relativos à encomenda. Nas faturas, vem a lista de todos os produtos encomendados apresentando a: designação, quantidade pedida e enviada, preço de custo unitário e total (caso haja mais do que um item de um produto), possível bônus, IVA, PVP quando aplicável e os valores totais da encomenda.

Existem vários produtos que merecem uma atenção especial numa encomenda:

- Medicamentos psicotrópicos e estupefacientes, sendo que estes estão separados das restantes encomendas, sendo acompanhados de uma requisição em duplicado, uma parte fica arquivada na farmácia por 3 anos com o carimbo e assinatura da Diretora Técnica e a outra é devolvida ao fornecedor igualmente assinada e carimbada;
- Matérias-primas, que trazem associadas a ficha de segurança e boletim de análise que ficam arquivadas num dossier;
- Medicamentos que necessitam de frio para a conservação, devem ser os primeiros a ser registados para que se coloquem no frigorífico o mais rapidamente possível.

Quando se inicia a receção a nível informático e se entra na secção indicada do SPharma, primeiro seleciona-se o fornecedor e verifica-se se a encomenda foi feita por modem ou não (se a encomenda for feita por modem, transfere-se este pedido para o menu de receção, se não inicia-se o registo de encomenda normalmente). De seguida, com o auxílio do leitor ótico, digitando-se os códigos ou inserindo-se a designação do produto, vai se adicionando os produtos encomendados à folha de receção. É necessário estar continuamente a verificar os prazos de validade, se o produto está bem conservado, quantidades e preços. Por fim, quando todos os produtos forem inseridos na folha, estes ficam automaticamente organizados por ordem alfabética e prontos para conferir com as faturas enviadas pelo fornecedor e todos os dados já referidos, finaliza-se a receção conferindo os valores totais, colando-se etiquetas com preços nos produtos que ficam em exposição, assinando-se as faturas e arquivando-as. Este arquivo é feito para posterior comparação com o resumo enviado pelos fornecedores todos os meses.

Quando os produtos não têm um PVP fixo, o preço é calculado tendo em conta uma margem de comercialização, normalmente 30%, através da seguinte fórmula: Preço final = (preço de custo unitário + margem de comercialização) + IVA.[9] Este preço é calculado automaticamente pelo SPharma, sendo apenas necessário colocar a margem pretendida. Porém, se o responsável pela receção da encomenda achar necessário pode aumentar ou diminuir esta margem para que o valor final seja mais adequado.

### 9.3. Devoluções

Por vezes, quando se está a realizar as receções de encomenda, encontram-se certas anomalias, como: embalagens ou produtos danificados, produtos faturados mas não enviados, produtos faturados mas não pedidos, quantidades diferentes das que vêm nas faturas ou prazos de validade demasiado curtos para o escoamento normal da farmácia. Nestes casos, é necessário proceder-se a uma devolução. Outros casos em que isto é necessário é quando circulares do INFARMED ou do fornecedor mandatam que um certo produto seja retirado do mercado.

Para se realizar esta operação, efetua-se uma nota de devolução (Anexo II) onde se coloca: o nome do fornecedor, o número da fatura com a anomalia, a designação do produto, as quantidades devolvidas, a data, o motivo e a que horas deverá ser feita a recolha. De seguida, são impressas três cópias desta nota que têm que ser assinadas e carimbadas, duas acompanham o produto a ser devolvido e a outra fica arquivada na farmácia.

Após este procedimento, podem acontecer uma de três opções: o fornecedor emitir uma nota de crédito (Anexo III), os produtos serem substituídos ou este pedido de devolução ser recusado.

### 9.4. Armazenamento

Este tópico já foi explicado quando se fez a descrição de cada um dos armazéns. Contudo, é importante referir que mal se acabe de rececionar os produtos terão que ser o mais rapidamente armazenados para que os atendimentos sejam eficientes.[4]

No armazenamento em si, para além das separações já faladas, tem-se sempre em conta as condições de preservação de integridade do produto e se estes estão organizados de modo a que os prazos de validade menores sejam escoados em primeiro lugar, ou seja, que se siga o princípio FEFO (First Expired, First Out - Primeiro Expirado, Primeiro a Sair).[9]

### 9.5. Controlo de prazos de validade

Para um bom atendimento ao cliente e para uma boa gestão financeira, o controlo de prazos de validade é fundamental.

Para tal, este faz-se em primeiro lugar sempre que se realiza a receção de uma encomenda. Ou seja, insere-se uma nova data de validade: se a validade for inferior à que está na ficha do

produto e se não existir nenhuma quantidade do produto em farmácia, limpando-se todos os prazos de validade associados à ficha neste último caso.

Tal como se referiu no ponto anterior, a farmácia procura aplicar o princípio FEFO[9], desta forma, e para que isso aconteça, quando se realiza o armazenamento, os prazos de validade também são verificados.

Finalmente, o controlo de validades é muito auxiliado pelo SPharma, uma vez que este permite que se vejam as listagens das validades de todos os produtos em stock. Este processo faz-se periodicamente por um responsável designado pela Diretora Técnica.

Quando os prazos de validade são demasiado curtos pode-se agir de três formas: realizar-se o pedido de devolução, inserir-se uma nota no SPharma para lembrar da necessidade de escoamento de um certo produto no ato do atendimento e, por último, fazer promoção sobre os produtos de venda livre. No momento em que já não seja possível a venda do produto, este é considerado uma quebra para a farmácia.

## **10. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento**

A partir do momento em que houve a industrialização da área farmacêutica e a Farmácia de Oficina se tornou em Farmácia Comunitária, o farmacêutico passou a ter um papel mais importante na interação com o utente.

O Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos diz-nos que “a primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e da pessoa humana em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito das pessoas a terem acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”.

Em suma, é de referir que o farmacêutico, para além de ser um especialista do medicamento, tem que praticar as suas funções de forma humana e profissional.

### **10.1. Atendimento**

É no atendimento ao doente que o farmacêutico consegue fazer a diferença na vida do utente, sendo por isso uma das suas funções mais importantes. Aqui o profissional pode exercer a sua influência para que haja um uso responsável do medicamento e também uma mudança no estilo de vida.

Este ato tem que ser feito de forma individualizada, uma vez que todos os utentes têm uma terapêutica diferente, uma vida diferente e são, essencialmente, pessoas diferentes. Desta forma, o farmacêutico é obrigado a adaptar-se de forma a forjar uma boa relação com o utente. Por isso, a comunicação verbal, corporal e, por vezes, escrita são de extrema importância para que se consiga transmitir todas as informações necessárias ao consumidor dos produtos que o farmacêutico dispensa. Assim, uma boa interação Farmacêutico-Utente-Medicamento é a chave para detetar, prevenir e resolver estes potenciais problemas com a terapêutica.[10]

É também necessário um bom conhecimento do Software para que não se cometam erros no momento da venda, garantindo que o utente leva os produtos corretos, com a participação correta e que todos os procedimentos a nível das impressões no verso da receita e das faturas, quando necessário, sejam bem-sucedidos.

É então realizada a venda dos medicamentos, através de leitura ótica dos códigos de barras presentes nas embalagens de forma a garantir que o medicamento dispensado é o prescrito. No final, é emitida a fatura que é entregue ao utente, no caso de ser uma dispensa com receita, no verso desta é impresso o documento de faturação e a receita fica na farmácia, o que não acontece com a receita desmaterializada.

Posso dizer, que este foi o ponto do meu estágio em que me senti mais realizada, para além de ter feito um grande número de atendimentos, o que permitiu um aumento do conhecimento científico, também cresci muito em termos pessoais, apercebendo-me da diferença que um farmacêutico pode fazer na vida de alguém.

## 10.2. Farmacovigilância

A farmacovigilância é definida pela Organização Mundial de Saúde como a “a ciência e atividades relativas à deteção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou de quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos”. A nível nacional é o INFARMED que tem como função a coordenação do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF).[27]

Os objetivos primordiais de um sistema de farmacovigilância serão garantir a segurança dos utentes e contribuir para a avaliação dos benefícios de manter um determinado medicamento em circulação. Neste sentido, a farmácia comunitária tem uma posição privilegiada e fundamental neste processo.[4],[27]

Qualquer pessoa, através do portal RAM no site do INFARMED, tem a possibilidade de notificar suspeitas de reação adversa ao medicamento (RAM). Um farmacêutico, para além de ter esta

possibilidade, tem também o dever de o fazer, principalmente quando a reação é grave e não conhecida.[27],[28]

Durante o estágio, tive a oportunidade de auxiliar na reportagem de uma RAM, que terá acontecido por um inalador defeituoso.

### 10.3. Medicamentos fora de uso

Para além dos pontos já referidos acerca da importância da interação, existe outro referente à recolha e tratamento de todo o tipo de resíduos relacionados com medicamentos. O farmacêutico deve alertar o utente para a importância da VALORMED, incentivando-o a que leve os medicamentos restantes e embalagens para a farmácia.[11]

Os contentores da VALORMED são selados e pesados quando cheios e, posteriormente, terá que se preencher um impresso. De seguida, estes são levados para um centro de triagem por armazenista, onde os resíduos são devidamente processados.

## 11. Dispensa de Medicamentos

O papel do farmacêutico neste ato é regido pelo artigo 120.º-A do Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, aditado pela Lei n.º 11/2012, de 8 de março e pelo Decreto-lei 20/2013, de 14 de fevereiro. Na cedência de um medicamento sujeito a receita médica (MSRM) ou não sujeito a receita médica ao utente, é importante que seja assegurado que o medicamento em questão é o indicado.[8]

### 11.1. Receita Médica

O farmacêutico tem como responsabilidade garantir que a receita que lhe é apresentada está devidamente preenchida em todos os parâmetros obrigatórios, sendo que todos os critérios que esta tem que cumprir estão definidos na Portaria nº 224/2015, de 27 de julho. Uma receita eletrónica (Anexo IV) deve ter os seguintes componentes para que esteja válida: [12]

- Número da receita (19 dígitos);
- Dados do utente: Nome do utente, Entidade responsável - sistema/subsistema de participação, Número de beneficiário;

- Identificação do prescritor e local de prescrição;
- Identificação do medicamento: DCI, dosagem, forma farmacêutica e dimensão da embalagem. Porém, a lei prevê casos em que o prescritor pretenda que o utente leve uma marca específica, tendo que referir qual e indicar a exceção prevista no ponto 4 do artigo 7º da portaria referida anteriormente: exceção b) “Reação adversa prévia” ou exceção c) “Continuidade de tratamento superior a 28 dias”;
- Números de embalagens - podendo ser prescrita 4 embalagens por receita e no máximo 2 por medicamento;
- Posologia e duração do tratamento (opcional);
- Participações especiais (se aplicável);
- Data da prescrição;
- Prazo de validade;
- Assinatura do prescritor.

Nas receitas manuais, os componentes terão que ser os mesmos, mas também é necessária uma vinheta e assinalar a justificação de se apresentar uma receita manual: falência informática, inadaptação do prescritor, prescrição no domicílio e prescrição de até 40 receitas/mês.

É de referir que no final do estágio se começou a implementar um novo tipo de receita: receita desmaterializada. Este tipo de receita pode ser entregue ao utente de quatro formas: num papel que fica para o utente, por mensagem no telemóvel, por e-mail ou associada ao Cartão de Cidadão. De qualquer das formas, a receita pode se designar sem papel, uma vez que este nunca fica na farmácia como os outros dois tipos de receitas descritos.[13]

Sempre que o médico não coloque uma exceção para que o doente leve um medicamento de uma marca específica, o farmacêutico terá que informar da existência de medicamentos de várias marcas ou genérico que tem o mesmo DCI, referindo qual é o mais barato. A farmácia é obrigada por lei a ter em stock 3 medicamentos dos 5 mais baratos de um determinado grupo homogêneo, devendo ser dispensado o de menor preço. Porém, o utente tem o direito de escolher qual dos medicamentos prefere obter desde que este tenha o mesmo Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) que se encontra na receita. Porém, constatei que a maior parte dos utentes preocupa-se em levar o medicamento sempre do mesmo laboratório, uma vez que a mudança de caixas pode ser confusa para os mais idosos, não apresentando preocupação de levar o mais barato.[12]

É importante referir que mesmo que a posologia esteja expressa na receita, nunca é demais voltar a informar o utente, as vezes que forem precisas, de como se deve tomar todos os medicamentos que leva e de possíveis efeitos secundários e interações. Nas receitas eletrónicas e desmaterializadas, o processamento é feito automaticamente pelo sistema informático, contudo deve-se garantir que a comparticipação é a adequada e a existência de possíveis portarias. No final da dispensa, para receita em papel, é impresso o resumo da venda na parte traseira da receita, que é carimbada, assinada e datada pelo profissional e assinada pelo utente (Anexo V).

## 11.2. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes

Este tipo de dispensa é controlada com o máximo rigor, estando associada a legislação especial. Primeiro, a prescrição deste tipo de medicamentos tem que ser feita numa receita individual.[12][14]

O processo inicial na dispensa de psicotrópicos e estupefacientes é igual ao já descrito. Porém, o sistema informático pede posteriormente os seguintes dados, que têm que ser preenchidos em conformidade para se avançar com a cedência: nome do médico prescriptor; número da receita; nome e morada do doente; o nome, a morada, número do cartão de identificação e data de emissão do adquirente; e, por fim, a data de dispensa.[12]

Após a finalização da venda, é anexado um talão ao duplicado da receita e é impressa uma fotocópia da receita e do cartão de identificação do adquirente com outro talão associado, ficando este conjunto arquivado por 3 anos com o duplicado do documento de requisição.[12]

## 11.3. Regimes de comparticipação

Cada utente está inserido num organismo específico, sendo que o regime de comparticipação se faz a partir deste. Existe uma lista extensa de organismos, porém o mais usual é o SNS. É de salientar, que não são apenas alguns medicamentos que estão sujeitos a comparticipação, mas também estão incluídos alguns tipo de dispositivos, como as tiras ou as lancetas para a medição de glicémia.[15]

No regime geral, quando se processa a comparticipação, o utente apenas paga uma parte do PVP, sendo o restante suportado pelo Estado Português. O valor a ser pago é determinado pelo escalão a que o medicamento pertence.

Também existem casos em que o utente pode ter comparticipação associada a dois organismos, formando-se uma complementaridade entre estes. Quando isto acontece, é obrigatório fotocopiar-se a receita com o cartão de identificação associado. A fotocópia vai para a entidade que complementa a comparticipação e o original para a principal.

Para além disso, falta referir as comparticipações especiais, que são usadas para doentes portadores de determinadas patologias crónicas. E ainda, comparticipações feitas a certos produtos pelos laboratórios, enviando-se para estes a fatura de venda e o código de barras do produto.

## 12. Automedicação

Muitas vezes, esta é uma área um pouco delicada na relação entre o Farmacêutico e o Utente. O Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho, regulamenta este tipo de atividade, apresentando uma lista de possíveis casos em que a automedicação pode ser feita. Para além disso, ainda define o ato com “a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde”. [16] Porém, é de conhecimento geral que nem sempre esta automedicação segue esta definição, havendo muitas vezes uma toma sem um aconselhamento adequado. Infelizmente, pude constatar que ainda existem muitos utentes que consideram que não é necessária uma receita médica para determinados medicamentos, sendo os mais preocupantes os antibióticos e os de foro psiquiátrico. Aliás, é de referir uma situação de uma cliente que atendi que declarou que tinha meia caixa de um antibiótico em casa, que teria dado ao marido por uma dor de ouvidos e se teria dirigido à farmácia para pedir outra caixa para acabar o tratamento.

Este fenómeno criado por fatores sociais, económicos e de níveis de escolaridade, leva a que o farmacêutico esteja cada vez mais atento a estes casos. Um processo de automedicação nunca deve ser tomado de ânimo leve e, nalguns casos, apenas quando uma questão de extrema necessidade é levantada. Existem casos em que automedicação se justifica e outros quase impossíveis do farmacêutico evitar, mas para tal é importante que o profissional esteja atento ao que o doente refere, tomando a responsabilidade pelo fármaco ou produto que lhe dá. Para além disso, é muito importante aconselhar sempre da melhor forma e alertar para contra-indicações, efeitos secundários e até interações com a medicação habitual do doente. É ainda fundamental, quando se vende um medicamento nestas condições, que o farmacêutico se certifique que o comprador sabe as posologias e para o que o medicamento ou produto serve. [17]

Por vezes, a indicação do farmacêutico na automedicação é mais fácil quando o cliente é habitual e tem uma ficha com a terapia habitual. Porém, este deve fazer perguntas de modo a perceber o estilo de vida e o nível atual de saúde da pessoa que tem à sua frente.

É ainda de extrema importância que o farmacêutico saiba quando o doente necessita de ajuda médica, não sendo a automedicação aconselhada. E mesmo que a automedicação se justifique, nunca é demais lembrar certos hábitos e estilos de vida que terá que ter para prevenir certos problemas de saúde.

Os casos mais comuns onde se justificou a automedicação durante o meu estágio, estavam relacionados com problemas relacionados com a altura de Inverno e início de Primavera, como constipações e alergias, e alguns casos de dores musculares.

## **13. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

A Farmácia Moderna tem uma grande dimensão, o que lhe permite ter ao seu dispor uma grande variedade de oferta para os seus frequentadores. Tal como já foi referido, cada membro da equipa especializou-se numa área, desta forma cada farmacêutico é responsável pela área de especialidade, cabendo-lhe organizar os produtos e encomendá-los. Assim, é mais fácil que a farmácia esteja sempre atualizada quanto a novos produtos. Posteriormente, com a ajuda de alguns delegados, os responsáveis de cada área organizam ações de formação para que todos tenham a capacidade de aconselhar.

### **13.1. Produtos de dermo-farmácia, cosméticos e de higiene**

Os produtos cosméticos têm como definição oficial: “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais”. [18]

Como já referi anteriormente, esta farmácia dispõe de uma variedade de produtos e marcas desta área. Assim, é possível oferecer uma grande diversidade de produtos para cada tipo de pele, gostos e de diferentes níveis de preços. Por vezes, existem delegados associados a certas marcas que se deslocam à farmácia para aconselhar clientes, sendo que este serviço é primordialmente prestado pela Caudalie.

O farmacêutico precisa de conhecer bem as gamas de produtos que dispõe e ser capaz de identificar qual o produto indicado a cada caso. É com grande frequência que o utente procura estes produtos por uma questão de saúde e não apenas por beleza, como por exemplo no caso de dermatite atópica, herpes, acne, caspa, verrugas. Neste caso, é importante saber o historial do utente relativamente ao problema que apresenta, se já fez tratamento com algum produto, possíveis alergias e se o caso tem necessidade de intervenção médica. Também tem que se ter em conta que certos produtos podem ser prejudiciais a nível pediátrico, para grávidas ou para mulher com intenção de engravidar.

É importante que o farmacêutico consiga explicar de forma esclarecedora como se aplica o produto que aconselha, os resultados que se esperam e o período que este exerce ação no corpo. O profissional deve também alertar que perante qualquer sinal de intolerância a aplicação deve ser cessada.

Durante o meu estágio foi-me dada uma pequena palestra sobre o aconselhamento nesta área pela farmacêutica responsável.

### 13.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Os produtos dietéticos para alimentação especial são definidos no Decreto-Lei n.º 74/2010 de 21 de Junho como “os géneros alimentícios que, devido à sua composição especial ou a processos especiais de fabrico, se distinguem claramente dos alimentos de consumo corrente, são adequados ao objetivo nutricional pretendido e comercializados com a indicação de que correspondem a esse objetivo”. [19]

Este Decreto-Lei ainda refere os casos a que estes produtos se adequam: “a) Pessoas cujo processo de assimilação ou cujo metabolismo se encontrem perturbados; b) Pessoas que se encontram em condições fisiológicas especiais e que, por esse facto, podem retirar benefícios especiais de uma ingestão controlada de determinadas substâncias contidas nos alimentos; c) Lactentes ou crianças de pouca idade em bom estado de saúde”. [19]

A farmácia Moderna oferece pelo menos um produto indicado para cada situação referida. Sendo de referir que durante o período de estágio recebemos formação da Nestlé e foi apresentada a sua grande gama de produtos para este efeito.

### 13.3. Produtos Dietéticos Infantis

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o leite materno seja a única fonte de nutrição durante os primeiros seis meses de vida. Porém, nem sempre é possível, e nestes casos, o farmacêutico tem que saber aconselhar da melhor forma os pais.[20] Quando isto acontece, tem que se recorrer a leites em pó, que tal como nos diz o Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de Novembro, “as fórmulas para lactentes são os únicos géneros alimentícios transformados que satisfazem integralmente as necessidades nutritivas dos lactentes durante os primeiros meses de vida, até à introdução de uma alimentação complementar adequada e, de modo a proteger a saúde dos lactentes”.

As preparações instantâneas de leites encontram-se divididas nas seguintes categorias: leites para lactentes, leites de transição, leites de crescimento e fórmulas especiais sem lactose. Existem ainda leites com fórmulas especiais que previnem cólicas, regurgitações e possíveis alergias. O farmacêutico terá que avaliar a condição de cada bebé aconselhando o melhor leite possível, tendo sempre em conta se o leite é suficiente para um crescimento saudável.

Para além disso, a farmácia também dispõe de uma vasta linha de papas para quando o leite já não é suficiente para uma alimentação equilibrada da criança.

### 13.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)

Na Farmácia Moderna, existe grande variedade de produtos que se inserem nesta categoria, como: produtos à base de plantas, suplementos nutricionais, infusões e produtos homeopáticos. Existe uma farmacêutica responsável por esta área, que ofereceu explicações sobre esta área, para além de ter recebido uma formação dada pela Depuralina. Relativamente aos produtos homeopáticos, este recaem sobre a alçada de outra farmacêutica que durante o meu período de estágio organizou uma formação em conjunto com a Boiron, para que todos os colaboradores soubessem fazer aconselhamento.

É de realçar, que estes produtos têm cada vez mais procura, sobretudo para clientes com menos de 60 anos que procuram uma solução natural para certos problemas. As situações mais usuais que testemunhei foram casos de cansaço, ansiedade, procura de emagrecimento, adjuvantes em terapêuticas de doenças metabólicas, problemas do trato gastrointestinal, tratamentos de constipações e outros problemas sazonais, entre outros.

Por vezes, estes produtos podem provocar interações com a medicação habitual ou até mesmo não serem as soluções mais indicadas. Por esse motivo, o farmacêutico deve analisar bem cada situação para aconselhar o produto mais indicado.

### 13.5. Medicamentos de uso veterinário (MUV)

Uma boa utilização dos MUV é essencial promover o bem-estar físico dos animais, mas também para prevenir problemas de saúde pública.

Apesar de termos recebido uma pequena formação por uma Farmacêutica produtora de MUV e da farmácia se localizar perto de áreas rurais, não tive muito contacto com este tipo de produtos. Contudo, tomei conhecimento de alguns MUV que estavam presentes na farmácia e tive a oportunidade de auxiliar na dispensa de alguns. São de referir aqueles que se destinavam: à contraceção, à higiene e ao controlo e prevenção de infestações por pulgas, carraças e/ou piolhos mordedores.

### 13.6. Dispositivos médicos

O termo dispositivo médico define-se no Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de junho, como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: I. Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; II. Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; III. Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; IV. Controlo da concepção”. [21]

É ainda importante de referir que o fabricante classifica os dispositivos quanto ao risco: classe I (baixo risco), classe IIa (médio risco), classe IIb (médio risco), classe III (alto risco). Esta classificação está relacionada com a vulnerabilidade do corpo na presença destes, avaliando-se fatores como o tempo de contacto e o nível de invasão do corpo humano. [21]

Durante o estágio, os responsáveis pela área programaram uma pequena formação para explicar o uso e a oferta de produtos como: ligaduras, material de curativos, material ortopédico, material para cuidados de gravidez, produtos ortopédicos, entre outros.

## 14. Outros cuidados de saúde prestados na Farmácia

Cada vez mais, a farmácia tem que aumentar o seu leque de ação para se tornar competitiva. Neste sentido, a Farmácia Moderna apresenta uma grande abrangência de serviços, sendo muito pró-ativa. Alguns dos serviços que dispõe são os seguintes: determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, administração de vacinas e medicamentos injetáveis, realização de curativos, entregas ao domicílio, aconselhamento podológico, aconselhamento de Medicina Tradicional Chinesa, aconselhamento nutricional e aconselhamento de Dermocosmética.

### 14.1. Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos

É de extrema importância que uma farmácia comunitária tenha a possibilidade de efectuar a determinação de diversos parâmetros bioquímicos e fisiológicos. Desta forma, é possível que os utentes da farmácia possam monitorizar regularmente alguns parâmetros ligados a patologias existentes, como também poderá auxiliar a uma deteção de possíveis problemas. Nesta farmácia, fazem-se várias determinações, quer numa máquina na zona de atendimento própria para a medição do peso, do IMC e da pressão arterial, quer no gabinete de aconselhamento ao doente. Sendo o gabinete um espaço privado, é possível conversar com o utente sobre o estilo de vida que este tem, sobre possíveis problemas com a sua terapêutica e, finalmente, fazer algumas medições como: peso, altura, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, glicemia capilar, colesterol HDL e total, triglicéridos, ácido úrico e índice internacional normalizado (INR).

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de realizar diversas medições de pressão arterial. Quando realizado no gabinete de aconselhamento, este serviço é feito com um aparelho de medição automático de forma gratuita, obtendo-se os valores da pressão sistólica, pressão diastólica e frequência cardíaca. Para além desta medição, também realizei com menos frequência medições de glicémia capilar, colesterol total, triglicéridos e INR, através de tiras específicas para cada um dos parâmetros. Antes de se fazer qualquer uma destas medições, tem que se ter em atenção se o utente está a fazer alguma terapêutica relacionada com o parâmetro a medir, se está relaxado, fumou ou bebeu café no caso da pressão arterial, se está em jejum ou não no caso da glicémia capilar e dos triglicéridos, qual o estilo de vida que tem praticado nos últimos tempo, o porquê de querer fazer a medição, entre outras perguntas que se podem fazer. No final, é muito importante garantir que o utente percebeu o significado do resultado, se tem alguma dúvida e se for necessário aconselhar medidas não farmacológicas, produtos nutracêuticos, MNSR ou alertar para a necessidade de intervenção médica.

A farmácia Moderna também disponibiliza Combur-Test® quando um utente apresenta sintomas de uma infeção urinária. Quando o resultado é positivo para a presença de uma infeção, o farmacêutico deve recomendar que o utente procure ajuda médica. No caso de ser negativo, a farmácia dispõe de vários produtos para ajudar a aliviar o desconforto sentido, para além de que o farmacêutico deverá aconselhar outras medidas farmacológicas.

## 14.2. Distribuição domiciliária de medicamentos

No âmbito das entregas ao domicílio existem dois tipos de situações. Em primeiro lugar, existem parcerias com vários lares de idosos locais, e em segundo lugar, é um serviço para o cliente do dia-a-dia que por algum motivo não se pode deslocar à farmácia.

No caso dos lares, o processo inicia-se com a receção de uma lista de medicamentos e outros produtos associados a cada utente. Os pedidos são organizados e, no final, o farmacêutico responsável faz uma faturação individualizada para cada utente. A encomenda é posteriormente entregue diretamente no lar por um dos colaboradores da farmácia.

Quando falamos de um serviço de distribuição domiciliária no quotidiano do funcionamento da farmácia, fala-se em casos específicos como: a impossibilidade de deslocamento ou quando durante uma venda um dos produtos não está disponível no momento e o cliente não tem disponibilidade de ir levantar à farmácia. Nestas situações, normalmente o produto é enviado por correio, porém também existe a possibilidade de um dos colaboradores o entregar diretamente na residência.

## 14.3. Administração de vacinas e injetáveis e Realização de curativos

Na Farmácia Moderna, existem colaboradores que fizeram formação específica de administração de injetáveis. Assim, existe a possibilidade de administração de vacinas que não se encontram no plano nacional de vacinação e de outros injetáveis, como é o caso de algumas heparinas de baixo peso molecular.

Relativamente aos curativos, a farmácia também apresenta pessoal formado na área, permitindo que os utentes possam controlar feridas, quando não se consegue deslocar ao hospital. Nestes casos, é importante ter a noção da gravidade da situação e de quando se deve aconselhar com um médico.

## 15. Preparação de medicamentos

Cada vez mais, o medicamento é um produto industrializado, sendo raros os pedidos de manipulados no meio da quantidade de produtos que saem todos os dias das farmácias. Apesar de todas as farmácias serem forçadas por lei a ter um espaço designado laboratório com uma lista de equipamentos obrigatórios, nem todas as farmácias fazem manipulados. Este não é o caso da Farmácia Moderna, uma vez que apresenta um laboratório funcional e com matérias-primas. Também é de referir que, por vezes, existem certas matérias-primas que não são rentáveis de ter em stock, visto que os pedidos para a sua utilização são praticamente inexistentes, e quando isso acontece a farmácia pode reencaminhar o pedido para outra farmácia.[22][5][2]

Normalmente, os pedidos mais usuais são destinados a aplicações cutâneas ou quando é necessária uma adequação da dose.[22] Durante a minha estadia, tive a oportunidade de auxiliar na preparação de dois manipulados: uma pomada de Dermovate® com vaselina e ácido salicílico (para um doente com psoríase) e uma pasta de enxofre (para um surto de sarna num lar de idosos).

No momento em que uma prescrição de medicamentos manipulados chega à farmácia, esta deve ser analisada em termos farmacoterapêuticos e farmacotécnicos pelo farmacêutico, garantindo que não existe nenhuma incompatibilidade entre os excipientes e o princípio ativo ou alguma possível intolerância.[4]

Durante todo o processo de manipulação, as “Boas Práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar” devem ser seguidas, de forma que a qualidade de preparação esteja garantida.[22]

Quando se faz a preparação de um manipulado tem que se criar uma ficha para que tudo fique registado. Neste registo, é necessário colocar os seguintes dados: nome do doente; nome do prescriptor; denominação do medicamento manipulado; lote do manipulado; denominação, quantidade e lotes das matérias-primas; modo de preparação; prazos de validade; condições de conservação; o cálculo do PVP; data de preparação; e rúbrica do preparador e do supervisor. Existe um arquivo no laboratório onde estas fichas são colocadas e guardadas por, pelo menos, 3 anos.[22]

Para que a qualidade do produto final esteja assegurada, o farmacêutico tem que certificar-se que as matérias-primas estão bem rotuladas e em corretas condições de conservação, tendo ainda que verificar se as exigências estipuladas na monografia respetiva estão satisfeitas. Posteriormente e no final da preparação, o farmacêutico deverá verificar as características organolépticas, se o volume final é igual ao prescrito e aplicar outros testes, se necessário, para garantir que o produto final está apto a ser dispensado.[4][22]

Todas as embalagens que contenham manipulados devem estar rotuladas do modo como é descrito na Portaria nº 594/2004, de 2 de Junho.[22]

Relativamente ao cálculo do PVP, é baseado no que está descrito na Portaria nº 769/2004, de 1 de julho. Para se chegar ao valor final correto, os cálculos devem ser feito através desta fórmula:[23]

$$[(\text{custo dos honorários} + \text{custo das matérias} - \text{primas} + \text{custo da embalagem}) \times 1,3] + \text{IVA}$$

Importa ainda saber que existem alguns medicamentos manipulados comparticipados, estes incluem todas fórmulas magistrais enumeradas no Decreto-Lei nº 48-A/2010, de 13 de Maio, e as preparações descritas na Farmacopeia Portuguesa ou no Formulário Galénico Nacional.[15]

## 16. Contabilidade e gestão

### 16.1. Receituário e faturação à dispensa de medicamentos

O Ministério da Saúde implementou o Centro de Conferência de Faturas (CCF), de modo a que houvesse um maior controlo da despesa do SNS. Após as farmácias comunitárias enviarem todos os meses o receituário, este centro tem como responsabilidade, tal como nome indica, o conferir de faturas. Através desta conferência, é apurado os valores que cada organismo terá que reembolsar às farmácias pelas comparticipações, incluindo, no caso do SNS, as Administrações Regionais de Saúde (ARS).[24]

Todos os dias, as receitas são recolhidas, contadas e organizadas por organismos e lotes. Depois desta recolha, cabe ao farmacêutico verificar se todas as receitas estão válidas, garantindo que estão em conformidade com o descrito na Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio, e se todos os procedimentos da dispensa foram corretos. Na Farmácia Moderna, esta tarefa é delegada a um farmacêutico por semana de forma rotativa.[25]

No verso de uma receita, após a cedência de medicamentos, é impressa toda a informação relativa aos medicamentos que foram dispensados com comparticipação. No Despacho nº 15700/2012, encontra-se descrito todos os elementos que o verso de uma receita processada deve conter: “a) Identificação da farmácia; b) Assinatura do farmacêutico; c) Data da dispensa dos medicamentos na farmácia; d) Preço total de cada medicamento dispensado, valor total da receita, encargo do utente em valor por medicamento e respetivo total, comparticipação do Estado em valor por medicamento e respetivo total, número de registo dos medicamentos dispensados em caracteres e código de barras; e) Espaço dedicado à declaração pelo utente da dispensa dos medicamentos, onde conste a frase: «Declaro que me foram dispensadas as nn,nn embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados

os conselhos sobre a sua utilização»; f) Espaço dedicado à declaração pelo utente em relação ao não exercício do direito de opção: «Declaro que não exerci direito de opção»; g) Espaço dedicado à declaração pelo utente do seu direito de opção: «Declaro que exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 5.º mais barato»; h) Espaço dedicado à declaração pelo utente do seu direito de opção no caso de prescrição com justificação técnica destinada a assegurar continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias: «Declaro que exerci direito de opção por medicamento mais barato que o prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias»; i) No verso da receita a farmácia deverá apor ainda o respetivo carimbo de identificação”. [26]

Após todos os parâmetros anteriores terem sido confirmados, o farmacêutico imprime o verbete de cada lote e associa-o às receitas correspondentes, sendo que cada lote pode ter no máximo 30 receitas e que são numerados de forma sequencial dentro de cada organismo. Para além disso, também é enviada a fatura em duplicado, a relação resumo de lotes e uma nota de crédito ou débito. Todos estes documentos têm que ser enviados, via correio, até ao dia 10 do mês subsequente. [24]

Por vezes, o Centro de Conferência de Faturas deteta erros nos documentos enviados. Quando tal ocorre, o documento pode ser devolvido à farmácia para que façam as correções necessárias ou pode não se aceitar parte das receitas. Todos os documentos que estejam nesta situação e que ainda sejam passíveis de correções, terão que ser integrados em lotes do mês seguinte à sua dispensa e as farmácias terão que formular uma nova nota de crédito onde se retifique a situação. [24]

Após ter realizado todo o circuito do medicamento pela farmácia, começando na receção de encomendas e armazenamento, esta foi a última função a aprender durante o meu estágio. O facto de ter podido auxiliar nesta tarefa aumentou a minha perceção relativamente a certos erros e esquecimentos que podem acontecer no momento da dispensa.

## 16.2. Documentos contabilísticos

Para além deste processo de conferência, existem muitas outras vertentes na gestão de uma farmácia. Um farmacêutico tem que estar ciente do significado em termos práticos e legais de documentos como as Guias de remessa, faturas, recibos, notas de crédito e devolução. É ainda necessário que documentos como os inventários e balançado sejam analisados e confirmados periodicamente, para que se garanta uma boa gestão da farmácia.

## 17. Conclusão

Falar de farmácia, actualmente, é dizer, cada vez menos, um lugar onde só se adquirem medicamentos. A farmácia, cada vez mais, adota na sociedade o papel de servidor e prestador de cuidados de saúde, valorizando cada vez mais esta função. Da mesma forma, dirige a sua atenção para diferentes áreas como maneira de garantir a qualidade dos serviços prestados e de assegurar a sua sobrevivência.

Durante este estágio, foi-me possível adquirir conhecimentos e práticas que não são transmitidos através dos conteúdos académicos nem em manuais da especialidade. O contacto com os clientes, a responsabilidade de realizar corretamente o trabalho e a exigência de o fazer sem equívocos, o medo de errar e a vontade de o superar, faz-nos crescer e torna-nos uns seres mais humanos e, ao mesmo tempo, mais conscientes da importância do nosso papel de farmacêuticos.

Se é verdade que muitos dos utentes da farmácia associam o papel do farmacêutico àquele que está atrás de um balcão de atendimento e que se limita a dispensar uma receita ou a fornecer um produto da farmácia, também é verdade que muitos desses utentes veem em nós alguém em quem confiar um segredo, pedir um conselho, solicitar ajuda ou simplesmente encontrar alguém que escute os seus problemas, as suas angústias ou as suas dúvidas. Por isso, para além do profissionalismo e da excelência do serviço prestado a nível dos cuidados de saúde, o farmacêutico tem necessariamente de ser afável, pois isso é um fator de escolha.

Por outro lado, na farmácia, aprendemos como é importante o trabalho de equipa em articulação com todos os profissionais que aí trabalham e o sentir que sem essa partilha de conhecimentos e saberes o nosso desempenho profissional estaria provavelmente comprometido. Essa evidência é tanto mais verdadeira quanto mais olhamos para a forma como nos sentimos no princípio do estágio e a confiança que vamos adquirindo ao longo do mesmo, tendo, no entanto, sempre presente que o conhecimento se vai construindo no quotidiano com a necessária humildade de que precisamos de aprender muito mais e que, por isso, é necessário continuar a investir na nossa formação.

## 18. Referências Bibliográficas

- [1] INFARMED I.P. - Gabinete Jurídico e Contencioso. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.
- [2] INFARMED I.P. - Gabinete Jurídico e Contencioso. Deliberação n.º 414/CD/2007. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.

- [3] INFARMED I.P. - Gabinete Jurídico e Contencioso. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Regime jurídico das farmácias de oficina. Legislação Farmacêutica Compilada, 2007.
- [4] C. Marques, “Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária ( BPF ),” 2009.
- [5] INFARMED I.P. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro.
- [6] Methodology WCCfDS: Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo; 2012.
- [7] Ministério da Saúde: Despacho n.º 6914/98, de 24 de março. *Diário da República*, 2ª série – N.º 97 1998.
- [8] Ministério da Saúde: Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. *Diário da República*, 1ª Série – N.º 167 2006.
- [9] "Information from European Union Institutions, Bodies, Offices and Agencies: Guidelines of 7 March 2003 on Good Distribution Practice of Medical Products for Human Use", Official Journal of the European Union.
- [10] Ministério da Saúde: Portaria n.º 91/2013, de 28 de Fevereiro.
- [11] Ministério do Economia e do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia: Despacho n.º 9592/2015, *Diário da República*, 2.ª série – N.º 164 – 24 de agosto de 2015
- [12] INFARMED I.P. - Gabinete Jurídico e Contencioso. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada, 2015.
- [13] Ministério da Saúde: Despacho n.º 2935-B/2016, de 24 de Fevereiro.
- [14] Ministério da Saúde: Deliberação n.º 292/2005, de 17 de Fevereiro, *Diário da República*, 2.ª Série - N.º 46, de 7 de Março de 2005. “Registo de psicotrópicos e estupefacientes”
- [15] Ministério Da Saúde: Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de Maio, *Diário da República*, 1.ª série – N.º 93 – 13 de Maio de 2010
- [16] Despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho *Diário da República*, 2ª Série - N.º 154 2007.
- [17] M. R. Joaquim, “Automedicação versus Indicação Farmacêutica Automedicação versus Indicação Farmacêutica Magali Rocha Joaquim,” 2011.

- [18] Ministério da Saúde: Decreto-Lei nº 189/2008, de 24 de Setembro. *Diário da República* 1ª série - Nº185 2008.
- [19] Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Decreto-Lei 74/2010, de 21 de Junho. *Diário da República*, 1ª série – Nº 118 2010:2198-2201.
- [20] WHO: "La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud". In., edn.; 2010.
- [21] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada: Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. "Estabelece as regras a que devem obedecer a investigação , o fabrico , a comercialização , a entrada em serviço , a vigilância e a publicidade dos dispositivos médicos e respectivos acessórios e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n .º 2007 / 47 / CE , do Parlamento Europeu e do Conselho , de 5 de Setembro".
- [22] "Medicamentos Manipulados". INFARMED. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. 2005.
- [23] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada: Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril. "Regula a prescrição e a preparação de medicamentos manipulados".
- [24] ACSS "Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS" 2015.
- [25] Ministério da Saúde: Portaria nº 198/2011, de 18 de Maio. *Diário da República*, 1ª série – Nº 96 2011:2792-2796.
- [26] Ministério da Saúde: Despacho n.º 15700/2012. *Diário da República*, 2ª Série - Nº 238 2012:39247-39250.
- [27] Rodriguez, M.; Vacca, C.; Peña, J.; Sutcliffe, H.; Hinds, M.; Alonzo, M.; Castro; J.. "Boas práticas de farmacovigilância para as Américas". *Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde*, 2011.
- [28] Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. Neres, A.; Ferreira, P.. *Farmacovigilância e Notificação Espontânea*. [Online]. 2015 [Citação: 9 de Setembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ff.ul.pt/ufs/files/2015/09/FormacaoRegional\\_2015.pdf](http://www.ff.ul.pt/ufs/files/2015/09/FormacaoRegional_2015.pdf)



# Capítulo 2 - Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

## 1. Introdução

No Hospital Sousa Martins da Guarda, os Serviços Farmacêuticos, encontram-se estruturados por diversas atividades farmacêuticas que têm como principal objetivo o de afiançar com segurança a qualidade do tratamento dos doentes. Estes grupos incluem profissionais de cuidados de saúde que estimulam a formação e a investigação científica dos seus pares.

O farmacêutico hospitalar tem várias funções nos Serviços Farmacêuticos, destacando-se algumas pela sua importância. A preparação e obtenção de fármacos, esclarecimentos de dúvidas e recomendação ou aconselhamento de terapêuticas aos profissionais que contactam diretamente com o doente. Os Serviços Farmacêuticos constituem-se por áreas de funcionamento, desenvolvendo cada farmacêutico um trabalho específico junto dos medicamentos, nos artigos farmacêuticos ou instrumentos clínicos. Assim distribuem-se pelas secções de: [1]

- Seleção e Aquisição;
- Receção e Armazenamento;
- Preparação;
- Controlo;
- Distribuição;
- Informação;
- Farmacovigilância, Farmacocinética e Farmácia Clínica.

Estagiei em Farmácia Hospitalar nos Serviços Farmacêuticos do Hospital da Guarda, que pertencem à Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (ULSG), de 20 de abril a 13 de junho de 2016.

A ULS-Guarda para além do Hospital Sousa Martins, integra o Hospital de Seia e ainda um agrupamento de Centros de Saúde. Os Centros de Saúde da Guarda e da Ribeirinha na Guarda, de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Manteigas, Sabugal, Seia, Trancoso, Pinhel e Mêda.

No meu estágio, fui acompanhada e apoiada pelos profissionais dos Serviços Farmacêuticos nas diferentes secções funcionais do Hospital.

O orientador do meu estágio nesta unidade hospital foi o Prof. Dr. Jorge Manuel Gonçalves Aperta.

## **2. Localização e Caracterização**

Os Serviços Farmacêuticos para serem inseridos numa unidade de saúde precisam atender a diversos factores, resultando daí um melhor e mais funcional desempenho. De referir: [1]

- Boa acessibilidade interna e externa;
- Colocação das diferentes secções farmacêuticas e armazéns no mesmo piso e próximos de monta-cargas e elevadores;
- Localizar o serviço de distribuição de medicamentos a doentes de ambulatório em locais de fácil acesso.

No Hospital Sousa Martins, os Serviços Farmacêuticos, encontram-se no último piso do novo edifício, com boa acessibilidade e com acesso por duas entradas, uma interior e outra pelas traseiras do hospital. O serviço está organizado do seguinte modo:

- Gabinete do diretor do serviço;
- Sala de trabalho dos farmacêuticos;
- Sala dos estagiários;
- Zona de atendimento de ambulatório;
- Laboratório destinado à preparação de manipulados;
- Zona de preparação de estéreis;
- Sala de arquivo morto;
- Sala para ensaios clínicos;
- Zona de receção de encomendas;
- Sala de reembalagem;
- Sala de distribuição;

- Sala de convívio do pessoal;
- Três armazéns;
- Serviços administrativos;
- Vestiário;
- Área de sujos e limpos.

O horário de atendimento ao público dos serviços Farmacêuticos, é das 9:00 até às 20:00 horas nos dias úteis. A atividade deste serviço em pleno a nível interno do hospital apenas se faz neste horário, sendo destacado um farmacêutico durante a noite, fim-de-semana e feriados que garantem os serviços essenciais da farmácia.

### **3. Gestão de recursos humanos**

Para que os Serviços Farmacêuticos Hospitalares sejam capazes de desempenhar as suas funções em conformidade terão que se munir dos recursos humanos adequados. Desta forma, tem que se garantir que existe um número suficiente de colaboradores e que estes desempenham o seu trabalho com qualidade. Também é primordial que haja um bom trabalho de equipa. Cada membro tem determinadas funções, porém, na falta de um elemento, os restantes devem trabalhar em conjunto para suprimir a falta. [1]

A equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins, é constituída por cinco técnicos de diagnóstico e terapêutica, três auxiliares, três administrativos e nove farmacêuticos, sendo os últimos: Dr. Jorge Aperta (Diretor Técnico), Dra. Anabela Canotilho, Dra. Cristina Dinis, Dra. Célia Bidarra, Dra. Conceição Quinaz, Dra. Beatriz Juanes, Dra. Rita Rodrigues, Dr. António Cabral e Dra. Joana Santos. Cada um destes farmacêuticos tem sob a sua alçada determinados serviços, em regime de rotatividade.

### **4. Gestão dos *Stocks* dos Serviços Farmacêuticos**

Os Serviços Farmacêuticos têm a responsabilidade sobre todos os medicamentos que circulam no Hospital. Para que haja uma boa gestão deste, quer a nível de *stocks* como de qualidade, os farmacêuticos hospitalares e os restantes profissionais têm que garantir que existe uma seleção, aquisição, receção, armazenamento e distribuição do medicamento apropriada. Todo este processo culminará na administração do medicamento ao doente, porém, a maior parte das vezes, esta é uma etapa que o farmacêutico não tem controlo. Contudo, é importante

referir que as competências e responsabilidades da Farmácia Hospitalar não recaem somente nos medicamentos, mas também sobre outros produtos e dispositivos médicos. [1]

Estes procedimentos acarretam a verificação de uma grande gama de produtos e volumes, por isso é necessário otimizar o processo através de sistemas informáticos como o ALERT®.

#### 4.1. Sistemas e critérios de seleção e aquisição

O primeiro ponto a analisar, para posteriormente se proceder à seleção dos medicamentos, está relacionado com o que adquirir. Para se saber quais os medicamentos necessários para um determinado hospital, tem que se ter noção das necessidades habituais, em termos de histórias de consumo e *stocks* mínimos de segurança, e, para além disso, o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), elaborado pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), contém uma lista de medicamentos que serve de base para o início do processo de seleção.

Como foi anteriormente referido, também tem que haver uma análise das necessidades do hospital em termos de medicamentos, porém estes nem sempre estão referidos no FHNM. Quando tal ocorre, a Comissão de Farmácia e Terapêutica delibera e, caso haja uma real necessidade de um determinado medicamento ser incluindo, adiciona-se na adenda ao Formulário do Hospital em questão. Quando se trata de uma análise dos consumos já praticados pelo hospital, recorre-se à classificação ABC.

O Hospital da Guarda está munido do sistema informático ALERT®, que auxilia nesta análise, produzindo automaticamente uma listagem de todos os produtos que apresentem *stocks* abaixo dos níveis mínimos estabelecidos.

Após todos os pontos anteriormente referidos terem sido observados, o farmacêutico responsável pode prosseguir para uma seleção pormenorizada de todos os produtos e quantidades necessárias. Neste ponto, para além das necessidades que já teriam sido avaliadas, tem que se apreciar os preços unitários e condições associadas que cada fornecedor apresenta para cada produto.

A partir destes dados define-se quando e a quem encomendar determinados produtos e elabora-se um documento com esta informação que é entregue aos Serviços Administrativos dos Serviços Farmacêuticos. Assim, cabe os Administrativos fazerem os pedidos dos produtos a cada fornecedor selecionado. Posteriormente, estes pedidos passam novamente pelo farmacêutico responsável pela área que faz a sua validação e os encaminha para a contabilidade. Finalmente, é a Contabilidade que emite o número de compromisso da encomenda, permitindo que se proceda à aquisição dos produtos.

Contudo, tem que se referir que os medicamentos com Autorização de Utilização Especial (AUE), os estupefacientes, os psicotrópicos, as benzodiazepinas, os hemoderivados e os gases medicinais, apresentam-se como exceção ao procedimento anteriormente descrito.

As AUE surgem da necessidade, devidamente fundamentada ao INFARMED, de introduzir medicamentos que não possuem Autorização de Introdução no Mercado (AIM) ou registo válido em Portugal.[2] Aquando do envio do pedido de encomenda destes medicamentos para o fornecedor, é preciso a associar uma cópia da Autorização emitida pelo INFARMED.

No caso dos gases medicinais, é necessária uma verificação diária dos níveis destes nos reservatórios e a contabilização dos números de botijas. Quando se verifica que as quantidades de determinados gases estão abaixo do limite mínimo, que foi definido consoante as necessidades do hospital, inicia-se um processo de encomenda.

Para as restantes exceções, que estão enumeradas nas tabelas I, II (menos a II-A), III e IV em anexo do Decreto-Lei nº15/93, de 22 de Janeiro, é obrigatório o preenchimento de uma folha específica para a sua requisição, que irá associada à nota de encomenda. Este procedimento é regulamentado pela Portaria nº 981/98, de 8 de Junho.[3]

Para além de todas as exceções descritas, ainda existe a possibilidade de adquirir produtos comprando-os em farmácias comunitárias e outros fornecedores locais ou por empréstimo de outras unidades hospitalares. Porém, ressalva-se que estes procedimentos apenas são permitidos em situações especiais ou de urgência comprovada que não consegue ser suprimida pelos meios habituais.

#### 4.2. Receção e conferência de produtos adquiridos

Em termos de cargas e descargas, a Farmácia do Hospital Sousa Martins encontra-se estrategicamente localizada para a receção de todos os produtos adquiridos. Para além de estar numa zona com bom acesso para carrinhas de transporte, a zona onde são recebidos os produtos encontram-se em proximidade com todos os espaços de armazenamento e possui frigoríficos para garantir a conservação de certos medicamentos enquanto se dá entrada informática dos mesmos.

Nesta zona encontra-se em constante permanência um técnico de diagnóstico e terapêutica, cujo uma das suas funções é rececionar os produtos adquiridos. Este processo inicia-se com uma verificação das informações contidas nas faturas relativamente às notas de encomenda e contabilizando e identificando os produtos que estão a ser rececionados. Posteriormente, os administrativos terão que registar as aquisições informaticamente. Contudo, este procedimento necessita da intervenção de um farmacêutico, que assume a responsabilidade

da encomenda, quando são rececionados: hemoderivados, psicotrópicos, estupefacientes, benzodiazepinas e fármacos que são objeto de ensaios clínicos. Ainda é de referir que os hemoderivados terão que estar associados a boletins de análise e certificados de aprovação do INFARMED, enquanto os psicotrópicos, os estupefacientes e as benzodiazepinas trazem uma folha de requisição que fica arquivada.

### 4.3. Armazenamento

Para se conseguir manter a qualidade dos medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, deve-se garantir que o armazenamento é feito em condições de temperatura, humidade e luz controladas, não podendo ter exposição solar direta. De modo a que se certifique que os parâmetros enumerados se encontram adequados, são utilizados termohigrómetros que auxiliam continuamente a sua monitorização. Nos armazéns a temperatura não deve exceder os 25°C e a humidade não deve ser superior a 60%. Ainda existe a especificação de temperatura para os frigoríficos, devendo esta estar entre 2-8°C. Quando os valores de temperatura e humidade saem destes valores, os sensores disparam enviando uma notificação informaticamente que é analisada pelo farmacêutico responsável. Também é fundamental que estes produtos estejam devidamente acondicionados, tendo em atenção à segurança.[1]

Nestes Serviços Farmacêuticos podem ser referidas três áreas de armazenamento principais: o armazém dos desinfetantes e outros produtos inflamáveis, o armazém dos produtos com elevada distribuição, onde se encontravam os soros e águas destiladas, e por fim a Farmácia Central.

Na Farmácia Central, ou seja no armazém principal, é onde se encontram a maioria dos medicamentos, outros produtos farmacêuticos e alguns dispositivos médicos. Em primeiro lugar, o grande grosso do recheio deste armazém são medicamentos de uso comum hospitalar. Estes encontram-se organizados em vários corredores de prateleiras por ordem alfabética da denominação comum internacional e dosagem. Ainda nestes corredores pode encontrar-se: anticoncecionais, uma zona só com colírios, produtos de alimentação infantil, dietas modulares e espessantes e no final existe uma secção com os medicamentos com mais saída. De seguida, encostados às paredes, encontram-se dois cofres, um para as benzodiazepinas e outros para os psicotrópicos e os estupefacientes, vários frigoríficos com produtos sensíveis a temperaturas, como vacinas, uma arca com hemoderivados, um armário com os medicamentos com AUE e ainda existem mais prateleiras com antídotos, alimentação parentérica, alimentação entérica (dietas e suplementos) e pensos terapêuticos. Para além de todos estes produtos estarem arrumados de uma forma orgânica e prática, estão também

disposto de maneiras a que os primeiros a serem usados sejam os que tem o prazo de validade mais curto, ou seja first expire/first out (FEFO).[4]

É ainda importante de referir que existem outros espaços de armazenamentos pela farmácia: no exterior existe uma zona resguardada para os gases medicinais, na zona de preparação de estéreis existe um armário para a preparação destes, na zona de preparação unitária existem várias cassetes com os medicamentos mais utilizados e no laboratório existem várias matérias-primas para a preparação de manipulados.

#### 4.4. Controlo de validades

Mesmo com o sistema FEFO[4], é importante um controlo periódico dos prazos de validade de todos os produtos em armazém. No Hospital da Guarda, este processo realiza-se de mensalmente. Depois de verificados os prazos, a farmacêutica responsável deve avaliar o que fazer com os produtos que expiram de validade em menos de 6 meses. Existem duas soluções caso, pela análise do consumo do hospital, se verifique aquele produto não tenha escoamento: contacta-se os fornecedores para que estes emitam uma nota de crédito ou façam a troca do produto por outro de maior validade ou colaborar com outros hospitais.

### 5. Distribuição

Podem ser enumerados diferentes métodos de distribuição de medicamentos, dependendo do tipo de medicamento, produto ou utilização. Contudo todos eles devem cumprir procedimentos próprios de forma a garantir uma disponibilidade adequada.

Existem, ainda, objetivos específicos associados à distribuição de medicamentos, nomeadamente: garantir o cumprimento da prescrição; racionalizar a distribuição dos medicamentos; garantir a administração correta do medicamento; diminuir os erros relacionados com a medicação (administração de medicamentos não prescritos, troca da via de administração, erros de doses, entre outros.); monitorizar a terapêutica; reduzir o tempo de enfermaria dedicado às tarefas administrativas e manipulação dos medicamentos; racionalizar os custos com a terapêutica.[1]

## 5.1. Distribuição em regime de internamento

### 5.1.1. Distribuição clássica

Quando se fala de uma distribuição clássica, referimo-nos a uma dispensa periódica de medicamentos e outros produtos aos serviços. Este período é estabelecido mediante um acordo entre o farmacêutico, responsável por um determinado serviço, e o enfermeiro chefe desse mesmo serviço. Após a receção dos medicamentos pela enfermaria, a gestão de *stock* é feita por cada serviço.[5]

Analisando a definição deste modelo, é clara a presença de diversas desvantagens quer numa gestão eficaz do produto, pois isto pode levar a acumulações dispensáveis, quer a nível da impossibilidade de o farmacêutico traçar um perfil farmacoterapêutico do doente.[5] Contudo, apenas os antissépticos, desinfetantes, soros e injetáveis de grande volume é que são distribuídos através deste método.

### 5.1.2. Reposição de *stocks* nivelados

Numa reposição de *stocks* nivelados existem níveis específicos para a permanência de certos produtos nas enfermarias. Ou seja, cada serviço tem uma permanência um *stock* fixo de determinados produtos e medicamentos, dependendo dos consumos habituais e ao tipo de patologias.[5] Neste método já existe também uma colaboração do farmacêutico e o enfermeiro chefe que estabelecem estes níveis em conjunto.[1]

Neste método vê-se uma clara evolução relativamente ao anterior, uma vez que previne as acumulações desnecessárias.

No Hospital Sousa Martins, o enfermeiro chefe de cada serviço tem a responsabilidade de verificar os *stocks* e fazer os pedidos de reposição via informática. Normalmente estes pedidos são feitos uma vez por semana, porém o enfermeiro e o farmacêutico terão que estar atentos a possíveis quebras pontuais dos *stocks* de cada serviço, havendo por vezes a necessidade de várias reposições por semana.

### 5.1.3. Distribuição em dose unitária

A distribuição em dose unitária é outro método de distribuição para os serviços do hospital. Este método é o mais avançado dos três de distribuição em regime de internamento, visto que é individualizado para cada doente de cada serviço. No caso do Hospital de Sousa Martins os serviços, onde este tipo de distribuição é praticada, são: Medicina A, Medicina B,

Cardiologia (ao qual está associado camas de Dermatologia e Neurologia), Unidade de AVC, Psiquiatria, Cirurgia, Ortopedia, Pneumologia, Saúde Mental e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Este sistema inicia-se com a receção das prescrições médicas, que posteriormente são analisadas e validadas no sistema informático, criando-se assim os perfis farmacoterapêuticos de cada doente de um serviço. Nestes perfis encontra-se o nome do doente, o número da cama e o serviço onde se encontra, alguma observação, a designação, a dose, a frequência e forma farmacêutica de todos os fármacos prescritos, bem como primeiro e último, quando aplicável) dia de administração. Quando se traçam os perfis, tenta-se sempre avaliar possíveis interações, a adequação do tratamento, a duração da toma de alguns fármacos (principalmente antibióticos) e a via de administração, tentando-se sempre que possível diminuir os fármacos dados por via intravenosa.

Depois de feita a primeira verificação das prescrições e o primeiro esboço do perfil terapêutico, são apontadas algumas incongruências que possam surgir, quer relativamente ao já referido, quer por uma questão de quebra de *stock* de algum medicamento. Neste momento, o farmacêutico responsável desloca-se ao serviço para discutir estes problemas e para, eventualmente, recolher mais algum duplicado de prescrição médica.

Só após esta troca de ideias é que se consegue fazer o perfil terapêutico definitivo que é impresso e entregue ao técnico de diagnóstico e terapêutica, responsável pelo serviço, para prepararem a dose unitária para um dia completo, para 72h às sextas-feiras e em caso de feriado também se terá que preparar com antecedência.

Quando se prepara a dose unitária, esta vai em cassetes para os serviços. Cada gaveta corresponde a uma cama e dentro desta existem várias divisões que simbolizam a altura específica em que os medicamentos que lá se encontram serão administrados. Algumas gavetas têm 3 compartimentos (pequeno almoço, almoço, jantar), outras tem 4 (pequeno almoço, almoço, jantar e ceia) e quando os medicamentos são muitos ou muito volumosos podem não existir divisórias. Todos os medicamentos em unidose, colocados nas gavetas, devem estar devidamente identificados com o DCI, dosagem, prazo de validade e lote de fabrico.

Estando as doses unitárias preparadas, um farmacêutico e um técnico de diagnóstico e terapêutico verificam novamente todos os perfis e os medicamentos contidos nas cassetes. Após esta verificação, a medicação é levada para cada serviço pelos auxiliares.

É importante referir que este tipo distribuição é extremamente vantajosa, pois torna possível aumentar a segurança no circuito do medicamento, tomar conhecimento do perfil farmacoterapêutico de cada doente, diminuir o risco de interações, racionalizar melhor a terapêutica, uma melhor gestão a nível financeiro e reduzir desperdícios.[1]

## 5.2. Distribuição a doentes em regime de ambulatório

A dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório pode surgir em três contextos: nalguns casos de patologias crónicas, em casos de medicamentos que são de dispensa gratuita quando esta é feita num hospital ou no caso de doentes que tenham tido alta e necessitem de terminar a terapêutica no domicílio. Ainda existe outra situação para este tipo de dispensa que consiste em casos de necessidade urgente de medicação que não é assegurada pela farmácia comunitária, sendo preciso o comprovativo em forma de carimbo de pelo menos 3 farmácias. Quando se dispensa medicamentos neste regime é necessário que o farmacêutico e o próprio hospital pautem por providenciar um serviço de qualidade ao doente. Isto é, é necessário que o doente sinta que está à vontade para colocar todas as dúvidas, esclarecido e que as condições de privacidade e técnicas estão asseguradas.[1],[5]

No Hospital da Guarda existe um local dedicado a este tipo de atendimento, uma janela que separa o farmacêutico do doente, com uma campainha e com um frigorífico e armário que contém a medicação que normalmente é dispensada para ambulatório. Porém este espaço ainda não consegue oferecer todas as condições de privacidade ideal, visto que esta janela dá acesso direto ao corredor da farmácia.[1]

Para se proceder ao levantamento desta medicação é preciso que o doente apresente a prescrição médica em suporte de papel. De seguida, o farmacêutico analisa a receita, dispensa uma quantidade correspondente a 30 dias de tratamento e caso a receita ainda fique com medicação para levantar, esta fica arquivada como pendente. Todas as receitas devem ser arquivadas, sendo que na sua parte frontal deve constar a designação e a quantidade de produto dispensado (quando se trata de medicamentos biológicos também é necessário o registo do lote e validade), a data e assinatura de quem dispensou; e na parte traseira o adquirente deve assinar e datar.

Em todos os atendimentos que presenciei, foi patente a importância que se deu à informação complementar transmitida, por vezes até escrita para se assegurar que aqueles medicamentos iriam ser usados corretamente. Houve também uma preocupação de garantir que os medicamentos iriam ser transportados em condições ideais, facultando-se sacos e proteções térmicas quando necessário.

É de referir que o Hospital não tem nenhum sistema informático destinado a auxiliar esta tarefa, porém a farmacêutica responsável criou uma base de dados informática para conseguir fazer uma melhor gestão deste tipo de dispensa. Para além disso, há uma verificação diária de todos os produtos dispensados, dando-se baixa informática dos mesmos.

No caso dos doentes que tivessem alta mas continuassem a necessitar de mais alguns dias de terapêutica, os pedidos chegavam antecipadamente aos Serviços Farmacêuticos. Depois do farmacêutico validar o pedido, separa-se as quantidades necessárias de cada fármaco em

envelopes, que apresentam o DCI, dosagem e posologia por escrito, e por fim coloca-se toda a terapêutica num saco com identificação do doente. Ao longo deste processo é necessário deixar o registo de todos os medicamentos que foram dispensados (apresentando ainda os lotes e os prazos de validade) na folha de prescrição, que posteriormente tem que ser fotocopiada e arquivada.

### 5.3. Distribuição de medicamentos sujeitos a legislação restritiva

#### 5.3.1. Estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas

No Decreto-Lei nº15/93 de 22 de Janeiro apresenta-se descrita a legislação relativa aos estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas.[6] A necessidade de um controlo tão restrito destas substâncias advém da sua capacidade de provocarem dependência física e psicológica, havendo por isso muitas vezes o mau uso destas.

No Hospital Sousa Martins, este tipo de medicação tem que ser pedida pelo enfermeiro chefe de cada serviço, uma vez que, mesmo que estes fármacos se encontrem nas prescrições médicas, estes nunca são distribuídos por dose unitária. Quando estes pedidos chegam aos serviços farmacêuticos, o farmacêutico, responsável pelo serviço em questão, preenche uma ficha de requisição, contendo o DCI do medicamento, dosagem, quantidade dispensada, via de administração e a assinatura do farmacêutico. Para as benzodiazepinas, a ficha é semelhante à representada no anexo X da Portaria nº 981/98 de 8 de Junho (Anexo VI).[3] Já para os psicotrópicos e estupefacientes foram elaboradas outras duas fichas, verde (Anexo VII) e rosa (Anexo VIII) respetivamente. O facto de existirem fichas diferentes para cada produto previne enganos e um arquivo mais organizado desta documentação.

Posteriormente, quando o enfermeiro vai buscar a medicação, assina a ficha deixando o duplicado na farmácia para ser arquivado e levando consigo o original. A parte da ficha que vai para os serviços deve ser preenchida a cada administração e, após estar completa, retorna à farmácia onde é arquivada com o duplicado.

É importante haver sempre uma verificação que garanta que os registos das enfermarias de cada serviço correspondem às quantidades que foram dispensadas pelos Serviços Farmacêutico. Por vezes existem doses que não podem ser administradas, como quando há frascos que se partem, sendo que nestes casos deverão estar registadas as quantidades inviabilizadas.

### 5.3.2. Hemoderivados

A designação de hemoderivados diz respeito a todos os produtos com origem no sangue humano. Este tipo de produtos requer especial atenção pelos profissionais de saúde, uma vez que podem estar associados a diversas problemáticas, como contaminações do doente.[5]

Neste sentido, existe necessidade inerente se organizar todos os processos desde a receção à administração de hemoderivados. Para isso, é feito um registo minucioso no momento em que estas substâncias são rececionadas, identificando-se os lotes, o fabricante e o distribuidor.[5]

No momento em que surgem requisições destas substâncias nos Serviços Farmacêuticos, é necessário verificar se foram feitos em fichas indicadas, possuindo toda a informação do doente, o serviço a que se destina e a justificação clínica para pedido (Anexo IX).[7]

Após este pedido ser validado pelo farmacêutico, este tem que preencher um quadro onde se encontra discriminado: o tipo de hemoderivado, a quantidade, o lote, a origem e o número de certificado do INFARMED. Na ficha de requisição também tem que estar presente a assinatura do farmacêutico e a assinatura do enfermeiro que receciona a substância.

Importa referir que é crucial a existência de arquivos de todos estes processos, assim nos Serviços Farmacêuticos permanece a parte original da ficha de requisição e no processo clínico fica anexado o duplicado.

### 5.3.3. Citotóxicos e estéreis

Os citotóxicos e outras preparações estéreis, após a finalização da sua preparação, são colocadas num contentor, para que as preparações estejam protegidas e que se protejam todas as pessoas que estejam em contacto.[10]

Tal como diz o manual de preparação de citotóxicos, o transporte destes tem que ser feito através de um circuito rastreável e, para além disso, é importante a existência de procedimento escrito. Ou seja, dando o exemplo do que é feito nos Serviços Farmacêuticos do Hospital da Guarda, é feito um registo onde se encontra a assinatura da farmacêutica responsável pela cedência dos medicamentos, a assinatura do profissional responsável pelo transporte do contentor até ao serviço e a assinatura do profissional que o rececionou. Desta forma, consegue-se identificar responsabilidades caso haja algum inconveniente.[10]

## 6. Produção e controlo

Esta área continua a ter uma grande importância no funcionamento dos Serviços Farmacêuticos, contudo deixou de ter tanta expressão devido ao grande desenvolvimento que as indústrias conquistaram. Assim, por causa da standardização do medicamento, esta área de ação farmacêutica passou a centrar-se principalmente: [1]

- em doentes que necessitam que uma medicação individualizada, quer seja em casos de alergias a algum dos componentes do medicamento, quer seja para regulação da dose (principalmente em pediatria);
- na reembalagem de doses unitárias sólidas;
- em algumas preparações parentéricas; e
- em preparações estéreis ou citotóxicas individualizadas.

Em todas as práticas farmacêuticas é necessário pautar pela segurança e eficácia, tendo sempre como objetivo o bem-estar do doente. Por essa razão, nos processos de farmacotecnia são aplicadas estruturas e procedimentos que garantam um “Sistema de Qualidade na Preparação de Formulações Farmacêuticas”. [1]

No Hospital Sousa Martins, a farmacotecnia foca-se em três situações específicas: a preparação de Formas Farmacêuticas não estéreis, a reembalagem de doses unitárias sólidas e a preparações de estéreis e citotóxicos.

### 6.1. Preparação de Formas Farmacêuticas não estéreis

A preparação de formas farmacêuticas não estéreis pode ser definida como uma manipulação comum, onde existem uma combinação de matérias-primas e de medicamentos. Umas vezes o intuito é uma mistura de dois componentes e outras vezes pode-se tratar de uma diluição de um medicamento, como por exemplo em preparações pediátricas.

Este tipo de preparações farmacêuticas pode não exigir uma esterilidade, porém exigem sempre qualidade de manipulação. Nesse sentido é importante garantir que o armazenamento, das substâncias utilizadas nas preparações, é feito em condições de humidade, luz e de segurança controladas. Para além das matérias-primas, também tem que existir o cuidado de avaliar e preservar os materiais e equipamentos do laboratório, mantendo-os limpos, calibrados e funcionais. [8]

Quando um serviço necessita de uma preparação desta natureza envia uma prescrição para os Serviços Farmacêuticos. Após esta prescrição ser rececionada, o farmacêutico responsável por esta área tem a tarefa de a interpretar, ou seja, analisar a sua adequação, se não existem incompatibilidades com os componentes do manipulado e se a segurança do doente está garantida.

Posteriormente, inicia-se o processo de manipulação propriamente dito. Primeiro de tudo, calcula-se todos os parâmetros necessários. De seguida, determina-se a técnica e os procedimentos adequados para uma preparação específica. Todos estes passos têm que ser verificados para se assegurar qualidade neste processo de farmacotecnia, sendo que a qualidade do produto final também tem que ser apurada.

A etapa final, mas não menos importante, é o embalamento do manipulado. Nesta etapa deve-se escolher a embalagem mais apropriada para a forma farmacêutica e via de administração do preparado. Ainda neste ponto, o farmacêutico tem que rotular a embalagem, especificando os seguintes dados: nome do doente, a que serviço se destina, identificação da preparação, posologia, prazo de validade, via de administração, modo de conservação e outras observações pertinentes.

As “Boas Práticas a Observar na Preparação de Medicamentos Manipulados em Farmácia de Oficina e Hospitalar” são a base da preparação de qualquer medicamento manipulado, de modo a garantir a qualidade e adequação dos procedimentos. Este manual foi aprovado pela Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, tornando-se esta a legislação reguladora destas práticas. Aqui estão contempladas todas as condições necessárias para que se alcance um grande nível de qualidade em todas as preparações. Isto é, são abordados todos os elementos interventivos no processo, desde profissionais, documentação, instalações, equipamentos, matérias-primas, materiais de embalagem, manipulação, rotulagem e controlo de qualidade.[9]

No Hospital da Guarda realizam-se manipulados pouco complexos, mas essenciais aos diferentes serviços. Durante o meu estágio consegui identificar algumas das preparações que eram executadas nestes Serviços Farmacêuticos, como: xarope comum, soluto de Lugol, pomada de vaselina salicilada a 5%, papéis de nitrofurantoína, xarope de Trimetoprim a 1%, ácido acético a 5%, tetracaína a 2%, entre outros. Eu tive a oportunidade de pesar açúcar para alguns frascos e acondicionar estes frascos, sendo estes iriam para a urgência pediátrica destinados à solução de reidratação dos bebés - fórmula da OMS.

## 6.2. Reembalagem de doses unitárias sólidas

A reembalagem de doses unitárias sólidas é uma forma de adaptar a apresentação de alguns medicamentos às necessidades do Hospital. Explicando mais pormenorizadamente, através desta área torna-se possível a individualização de medicamentos que vem em blisters e embalar as doses prescritas que apenas se podem obter pela fragmentação de um comprimido. Desta forma, com protocolos que garantam a correta identificação do medicamento e equipamentos adequados, este processo pode levar à existência de menos contaminações, de menos erros de administração, de maior eficiência pela equipa de enfermagem e de uma melhor gestão dos produtos e financeira.[1],[5]

No Hospital Sousa Martins, existe uma sala própria junto à área de distribuição da dose unitária. Esta sala apresenta uma máquina automática de reembalamento de formas sólidas com um computador associado, onde se coloca todas as informações a conter no rótulo.

O reembalamento é feito por um técnico de diagnóstico e terapêutica, sendo que este deve preservar a integridade do medicamento, protegê-lo de possíveis contaminantes e agentes ambientais e assegurar uma rotulagem correta, onde esteja presente o DCI, dose, prazo de validade e lote atribuídos ao medicamento reembalado. Ainda é da sua responsabilidade registar todos os medicamentos que sofrem este processo e garantir que o equipamento está apto, ou seja funcional e limpo.

É importante saber que o prazo de validade de um medicamento processado desta forma, nunca poderá exceder os seis meses e que este ao ser atribuído tem por base o prazo original. Ainda é de referir que o lote atribuído está diretamente dependente do dia em que foi feito o reembalamento e do número de procedimentos, desta índole, feitos nesse dia.

## 6.3. Preparações citotóxicas individualizadas

É de extrema importância que a elaboração das preparações citotóxicas esteja sob a alçada dos Serviços Farmacêuticos, pois só desta forma se consegue controlar melhor os riscos associados a estes medicamentos e gerir/racionalizar o uso e *stock* destes fármacos. Para além disso, a inserção de um farmacêutico numa equipa oncológica é uma mais-valia, visto que possibilita o contributo de outro profissional nesta área e liberta os enfermeiros desta tarefa, podendo-se focar mais na área de ação principal que exercem.[5]

Pelo carácter destas preparações é necessário ter cuidados extremamente rigorosos a nível de segurança, tanto para os operadores e doentes, como relativamente ao próprio medicamento. Em termos de equipamento, existe a necessidade da utilização de câmaras de fluxo de ar laminar vertical da Classe II B2, que tem exaustão total, ou Classe III, possuindo sistemas

isoladores, sendo que este tipo de câmaras advém da necessidade de proteção do operador e do preparado. Importa referir que para as preparações estéreis não citotóxicas não há a necessidade de proteção do operador e por isso podem utilizar-se câmaras de fluxo laminar horizontal, contudo o Hospital da Guarda apenas tem uma câmara de fluxo laminar vertical. Para além disso, a localização deste tipo de equipamentos é crucial, havendo a necessidade destas preparações serem executadas em áreas restritas. Explicando melhor, existe uma área de trabalho burocrático, considerada uma zona suja, daqui passa-se para uma área de transição e posteriormente para a área preparação, sendo estas áreas restritas e regulamentadas de forma a garantir a esterilidade. A área de transição é onde os operadores se equipam rigorosamente com proteções de pés, fatos, batas, um ou dois pares de luvas, touca e máscara de bico de pato, sendo todo o equipamento descartável. Para além destes componentes, que tem que estar presentes para se poder realizar este tipo de preparações, ainda existem outros procedimentos cuja a aplicação é controlada pelo farmacêutico para garantir condições de segurança, sanidade e qualidade. Estes regulamentos debruçam-se sobre formas de atuar em casos de derrames, como eliminar os resíduos e como proceder higienização do espaço de manipulação e zonas limpas.[1],[10]

No Hospital da Guarda, este tipo de tarefa centralizada no farmacêutico iniciou-se há relativamente pouco tempo. Porém, já tem uma expressão bastante significativa no serviço de oncologia. Diariamente chegam aos Serviços Farmacêuticos diversos esquemas terapêuticos, a serem administrados no próprio dia. Cabe ao farmacêutico certificar-se que o protocolo prescrito para o doente não apresenta nenhuma incongruência a nível de posologias, incompatibilidades e se se adequa ao perfil clínico. Após estes parâmetros serem avaliados, as prescrições estão aptas a ser validadas, o que culmina com a preparação da listagem de procedimentos que serão necessários e a elaboração de rótulos.[10]

Dentro da zona limpa, quem realiza a preparação é um técnico de diagnóstico e terapêutico, o papel do farmacêutico é o de orientar e supervisionar, entregando ao operador e desinfetando os componentes e materiais necessários para as preparações. Depois das preparações serem finalizadas, estas são acondicionadas cuidadosamente num contentor que é entregue a um enfermeiro.

Durante o estágio, deram-me a hipótese de auxiliar na manipulação de um estéril não citotóxico.

## **7. Nutrição assistida**

Esta é uma área que mostra a clara versatilidade do raio de ação dos Serviços Farmacêuticos, permitindo que o farmacêutico seja o especialista do medicamento.

Quando falamos em nutrição, referimo-nos uma cadeia de processos que se inicia no consumo de alimentos, seguindo para a seu processamento. Isto representa uma necessidade fisiológica, que permite que o ser humano possuía nutrientes e outras substâncias suficientes para o adequado funcionamento do organismo.[11]

A nutrição assistida deve ser utilizada em último recurso, pois é sempre preferível que os doentes façam uma alimentação equilibrada através dos processos normais de nutrição oral, obtendo todos os macronutrientes e micronutrientes que necessita. A maior parte dos doentes internados nos serviços não tem necessidade deste tipo de assistência, no entanto existem muitos doentes que não consegue obter os componentes nutricionais necessários na sua dieta. Existem várias situações que justificam esta deficiência, entre elas encontra-se a incapacidade de deglutição, a perda de funcionalidade do trato gastrointestinal ou até mesmo uma perda de vontade de consumir os alimentos precisos para satisfazer as suas necessidades.[11]

Consoante o quadro clínico do doente deve-se optar ou por uma nutrição entérica ou por uma nutrição parentérica. Para além da via de administração, é também importante que se assegure que o produto prescrito se adequa às necessidades e condições do doente, devendo haver uma monitorização para que se possam corrigir e ajustar em conformidade o tipo de suplemento ou dieta.[5]

No Hospital Sousa Martins, esta área está pouco desenvolvida, não havendo manipulações parentéricas nos Serviços Farmacêuticos e limitando-se apenas à dispensa dos pedidos para as enfermarias.

Durante o estágio, a farmacêutica responsável pela gestão desta área proporcionou várias explicações sobre a aplicação e a variedade dos produtos presentes na farmácia.

## 7.1. Nutrição entérica

Entende-se por nutrição entérica as fórmulas ou produto com valor nutricional, como suplementos ou dietas, que são administradas ou por via oral ou por uma sonda de alimentação.[11]

Dos tipos de nutrição artificial existente, este é o preferível, uma vez que os alimentos continuam a ser processados pelo trato gastrointestinal, não sendo um processo invasivo como o da nutrição parentérica. É por este motivo, que este método é o menos propenso a levar ao desenvolvimento de outras patologias, como infeções associadas aos cateteres. Porém, reforça-se que este tipo de nutrição apenas pode ser aplicada a um doente em que o trato gastrointestinal continue a ter funcionalidade.[11]

Tal como referido anteriormente, a nutrição entérica pode ser administrada ao doente pela cavidade oral ou por uma sonda, sendo que esta diferença depende da capacidade do doente deglutir ou não. Quando o doente tem a capacidade de deglutir, pode-se usar esta nutrição assistida como uma forma de enriquecer a sua dieta com elementos em falta, através de suplementos modulares; mas também se pode administrar dietas completas. Em situações em que a função de deglutição esteja comprometida, é indicada a utilização da sonda e são utilizadas formulações que permitam a satisfação das necessidades nutricionais do doente, ou seja são utilizadas dietas poliméricas simples ou modificadas.[11]

O Hospital Sousa Martins apresenta uma larga gama de produtos desta área, havendo pelo menos uma formulação indicada para cada patologia, permitindo a nutrição de doentes com diversas comorbilidades.

## 7.2. Nutrição Parentérica

A nutrição parentérica engloba todas as formulações de nutrientes para administração injetável na circulação sanguínea, pela veia periférica ou central, do doente. Estas formulações dividem-se em dois grupos: aqueles que já estão prontas a administrar e as que necessitam de preparação extemporânea.[11]

Estas formulações são essencialmente soluções concentradas de glucose, emulsões lipídicas, aminoácidos essenciais e aminoácidos não essenciais. Nestas soluções concentradas estão presentes os macronutrientes necessários ao doente, já os micronutrientes, como vitaminas, eletrólitos e oligoelementos, terão que ser adicionados. Ressalva-se que, todas as adições têm que ser feitas segundo regras que garantam a estabilidade e assepsia da preparação, sendo por isso feitas em câmaras de fluxo laminar horizontal.[11]

No Hospital Sousa Martins apenas existem formulações industriais prontas a administrar, não se fazendo adição de nenhum produto. As bolsas que contêm este tipo de nutrição são bi tri compartimentadas. Posteriormente, nas enfermarias, antes da administração ao doente, manipulam-se as bolsas de forma a que cada compartimento se misture.

## 8. Informação e atividades de Farmácia Clínica

### 8.1. Farmácia Clínica

No âmbito da Farmácia Clínica, a ação do farmacêutico centra-se no doente e na forma de administrar cuidados farmacêuticos com segurança. O farmacêutico hospitalar integra-se

numa equipa pluridisciplinar e coloca os seus conhecimentos ao serviço da mesma. Faculta informações e apoio aos clínicos e ao pessoal de enfermagem.

O Hospital da Guarda conta com um grupo de farmacêuticos que integram as equipas multidisciplinares, trabalhando em conjunto com médicos e enfermeiros nas visitas médicas e no acompanhamento da história clínica dos doentes. Para além disso contribuem com a sua opinião para a tomada de decisões acerca da terapêutica que melhor pode ajudar o doente internado.

Neste tipo de atuação farmacêutica está muito patente o acompanhamento que o farmacêutico faz nas visitas médicas semanalmente e os contactos estabelecidos nas enfermarias de cada serviço no quotidiano.

Por vezes as equipas médicas contactam com os Serviços Farmacêuticos, no sentido de promoverem uma discussão profícua de modo a encontrarem a melhor terapêutica para cada doente.

No meu estágio participei em várias visitas clínicas e constatei a importância que tal atividade tem no conhecimento da história clínica dos doentes. Esta informação é fundamental quando é necessária a administração de medicação em dose unitária ou quando a medicação precisa ser alterada ou ajustada à situação do doente.

#### 8.1.1. Acompanhamento da visita médica

O farmacêutico apresenta-se hoje como um profissional altamente especializado na área do medicamento e detentor de conhecimentos muito importantes para a saúde geral das populações e a mais-valia que os seus conhecimentos podem trazer.

É tendo em atenção esse conhecimento que o Hospital Sousa Martins integrou os farmacêuticos hospitalares em equipas pluridisciplinares sendo estes chamados a participar na visita médica efetuada nas enfermarias. Ao farmacêutico é pedido o seu parecer quanto à medicação, formas de administração, posologia, efeitos secundários, interação com outros medicamentos e produtos farmacêuticos, certificação quanto à implementação de protocolos referentes a certos medicamentos nalguns serviços.[5] Presentemente no Hospital da Guarda a presença de um farmacêutico nas visitas médicas tornou-se indispensável nos seguintes serviços: Pneumologia, Medicina A e B, Cirurgia homens e mulheres e Ortopedia homens e mulheres.

Uma grande vantagem desta colaboração foi a melhor gestão/racionalização do medicamento a nível geral do hospital.

### 8.1.2. Atividades farmacêuticas na enfermaria

Dado que o farmacêutico se encontra integrado em equipas pluridisciplinares é essencial a sua visita diária às enfermarias.

Alguns farmacêuticos deste Serviço têm a seu cargo a visita às enfermarias dos serviços. Aí verificam as anotações feitas pelos enfermeiros relativos a tomas e possíveis reações à medicação. Com esta atuação pretende-se diminuir erros e melhorar a segurança do doente.[5]

O seu papel aí é também o de vigiar a conservação dos *stocks* nivelados, a possível expiração de prazos de validade, adquirir dados dos internamentos; como altas, novas entradas, alterações dos esquemas terapêuticos, alterações de quadros clínicos, possíveis alergias medicamentosas e outras observações pertinentes; e ainda a aplicação de determinadas *guidelines* terapêuticas específicas da instituição.[5]

## 8.2. Farmacocinética Clínica

A Farmacocinética Clínica é um ramo da farmácia hospitalar focado no estudo da evolução das concentrações de um fármaco no organismo em função do tempo. A relevância desta é aparente aquando da sua utilização na determinação da dose ideal de um fármaco, com vista a atingir uma concentração adequada no local de ação, obtendo-se a máxima eficácia terapêutica com a mínima ocorrência de efeitos adversos.[1]

A variabilidade interindividual, bem como a existência de medicamentos com uma janela terapêutica estreita, eleva a cada dia a relevância deste procedimento.

Nos Serviços Farmacêuticos do Hospital Sousa Martins, cabe ao farmacêutico a responsabilidade de monitorizar a farmacocinética clínica da Vancomicina e da Gentamicina. A fim de cumprir essa incumbência, utiliza-se o *software* informático Abbottbase PK System.

Quando na distribuição por dose unitária, mediante prescrição médica, surgir um destes antibióticos (AB), inicia-se o processo da sua monitorização. Para que tal possa ser executado, é necessário que o médico assistente solicite o doseamento sérico do fármaco, numa amostra sanguínea, ao laboratório de Patologia Clínica. Após a obtenção do resultado desse doseamento, o farmacêutico irá determinar o melhor regime posológico, de acordo com os valores da concentração do vale e do pico, com o auxílio do Abbottbase PK System. Neste processo, são também relevantes os dados do doente, como o sexo, peso, altura, idade e concentração de creatinina sérica (avaliação da função renal), dose do fármaco administrado e hora de administração.

Findo este procedimento, é preenchido e enviado um impresso com os parâmetros calculados e com a proposta do novo regime posológico, para o serviço onde se encontra o doente.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar diversas vezes a monitorização dos fármacos referidos (Vancomicina e Gentamicina).

### 8.3. Farmacovigilância

Aperfeiçoar a qualidade e a segurança dos fármacos é principal função da Farmacovigilância no sentido de defender o doente. Este trabalho é feito a partir da identificação e prevenção de reações adversas a alguns medicamentos. O Sistema Nacional de Farmacovigilância é uma entidade que integra na sua estrutura os farmacêuticos hospitalares. Estes profissionais de saúde obrigam-se ao envio de dados no caso haver reações não esperadas no uso de alguns medicamentos.[5],[12],[16]

O papel do INFARMED é coordenar e acompanhar todo o Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), sendo responsável pela monitorização da segurança dos fármacos.[1],[12]

No meu estágio não houve notificação de qualquer reação adversa a medicamentos que tivesse de ser notificada ao Sistema Nacional de Farmacovigilância. No entanto para meu conhecimento dos procedimentos em caso de necessidade, foi-me dada a conhecer a simulação *online* na página do INFARMED e a ficha de notificação para enviar ao INFARMED - SNF. Foi-me também facultado um caso fictício, em que uma doente apresentava uma reação adversa a um medicamento. Após análise do historial clínico da doente e terapêutica associada preenchi a referida ficha que posteriormente teria de enviar ao INFARMED - SNF.

### 8.4. Informação e Formação

A procura de informação/formação deve ser uma prática corrente em qualquer profissional que se preze, mas quando se trata de uma profissão ligada à saúde e ao bem-estar humano, mais essencial se torna. Para o farmacêutico hospitalar essa formação é tanto mais importante quanto necessária devendo para isso fazer um investimento constante na sua atualização.[5]

No Hospital da Guarda durante o meu estágio, participei em duas formações. Uma foi realizada pelo laboratório Shire® no âmbito da Doença de Gaucher, especialmente a sua fisiopatologia e terapêutica; a outra foi realizada pela Bayer® relativa ao fármaco Rivaroxabano (Xarelto®), onde foram apresentadas vantagens terapêuticas e dados sobre

farmacocinética/segurança, analogamente às alternativas já existentes no mercado para tratamento de patologias do foro sanguíneo.

Também no meu estágio efetuei um trabalho sobre nutrição, que depois foi apresentado aos farmacêuticos dos Serviços Farmacêuticos com a intenção de contribuir para a formação constante destes profissionais e ao mesmo tempo aumentar os meus conhecimentos nesta área.

## 9. Ensaio clínico

Hoje em dia, ainda existem bastantes patologias para as quais os fármacos atuais não são muito eficazes. O meio através do qual procuramos novas ferramentas, novas terapêuticas, é o ensaio clínico.

Mas o que é então um ensaio clínico? Este poderá ser definido como “qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia.” [13]

Para que um ensaio clínico possa ter lugar, é necessária a sua aprovação pelo INFARMED. Após esta aprovação, os medicamentos experimentais que vão ser ensaiados devem ser armazenados e geridos pelos Serviços Farmacêuticos do estabelecimento de saúde onde irá decorrer o estudo.

Os Serviços Farmacêuticos hospitalares constituem um dos elementos básicos de uma equipa multidisciplinar, que é fundamental se se pretender realizar investigação clínica num hospital, facilitando assim um desenvolvimento adequado do ensaio. A ação dos Serviços Farmacêuticos permite otimizar a gestão dos agentes em investigação, tal como garantir a máxima segurança e eficácia de cada estudo.

Os ensaios clínicos deverão possuir um farmacêutico responsável. Este farmacêutico assume variadas responsabilidades: estar atualizado acerca da informação cedida pelo promotor, conhecer o protocolo do ensaio ou participar no estabelecimento de *guidelines* que garantam o correto controlo de todo o circuito envolvente ao medicamento experimental. No âmbito das suas competências encontram-se a receção, o armazenamento, a dispensa e a possível devolução da medicação ao promotor.

É também importante enfatizar que todos os ensaios clínicos devem ser conduzidos segundo as Boas Práticas Clínicas, nomeadamente no respeitante às exigências de qualidade ética e científica a cumprir na conceção, realização, registo e notificação dos ensaios que envolvam a participação de seres humanos. Revestidos de particular relevância estão também a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos indivíduos envolvidos. [13]

## **10. Comissões técnicas**

A presença de comissões técnicas num hospital é essencial para uma utilização racional, sustentável e segura dos medicamentos.[5] No Hospital Sousa Martins existem várias Comissões técnicas nas quais os farmacêuticos têm um lugar. A Comissão de Infecção Hospitalar (PPCIRA), a Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão de Ética. O funcionamento e composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica estão regulamentados no Decreto Regulamentar nº3/88, de 22 de Janeiro. O Decreto de Lei nº 97/95, de 10 de Maio[14] regulamenta as Comissões de Ética para a saúde e a Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC as Comissões de Controlo de Infecção.[15]

Durante o estágio, o Dr. Aperta promoveu uma pequena palestra para os estagiários tomarem conhecimento do trabalho feito por cada uma destas comissões e o papel que o farmacêutico desempenha nelas. Para além disso, tive a oportunidade de presenciar uma reunião da Comissão de Farmácia de Terapêutica, podendo comprovar o quão essencial é a inclusão do farmacêutico para o seu bom funcionamento.

## **11. Conclusão**

Com o meu estágio realizado nos Serviços Farmacêuticos do Hospital da Guarda, familiarizei-me com o trabalho do farmacêutico em meio hospitalar.

Esta aprendizagem obtida no contato com a realidade hospitalar, trouxe-me mais valias importantes no percurso do conhecimento teórico e prático dos meus anos de estudo. Permitiu-me obter uma visão mais correta da forma como se produz o trabalho do farmacêutico, as implicações, a responsabilidade e a importância da sua atuação.

Acredito que os objetivos inerentes a este estágio foram alcançados com sucesso. Quero ressaltar que considerei este estágio de extrema importância, uma vez que me permitiu obter uma visão mais ampla do papel do farmacêutico na sociedade.

Pode-se dizer que, estes Serviços Farmacêuticos ainda apresentam algumas limitações em termos de sistema informático, não conseguindo ter acesso aos registos clínicos dos doentes internados e ainda recebendo as prescrições em formato de papel. Estes pontos acabam por dificultar um pouco o trabalho dos farmacêuticos, mas consegui constatar de são ultrapassadas em certo nível pelo grande potencial de trabalho com os restantes profissionais de saúde do hospital, tendo sido muito agradável ver o quão entrosado o farmacêutico se encontra nas equipas multidisciplinares. É por esta e outras razões que se verifica que o serviço se encontra em clara expansão e apresenta uma enorme potencialidade de se pronunciar ainda mais no Hospital da Guarda.

Por todos estes pontos referidos, estou convicta do quão enriquecedora foi esta experiência e do como me ajudou a consolidar e alargar conhecimentos.

## 12. Referências Bibliográficas

- [1] Ministério da Saúde, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. *Manual da Farmácia Hospitalar*, 2005.
- [2] INFARMED. Saiba mais sobre: Acesso aos Medicamentos por AUE. [Online]. 2012 [Citação: 9 de Setembro de 2016]. Disponível em: [http://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/50\\_Acesso\\_Medicamento\\_AUE.pdf/931089fd-c699-4120-b661-19a2b7063c98?version=1.0](http://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/50_Acesso_Medicamento_AUE.pdf/931089fd-c699-4120-b661-19a2b7063c98?version=1.0)
- [3] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Portaria nº 981/98, de 8 de Junho.  
Execução das medidas de controlo de estupefacientes e psicotrópicos.
- [4] "Information from European Union Institutions, Bodies, Offices and Agencies: Guidelines of 7 March 2003 on Good Distribution Practice of Medical Products for Human Use", Official Journal of the European Union.
- [5] Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. *Manual de apoio ao estágio de Licenciatura*. [Online]. 2002 [Citação: 9 de Setembro de 2016]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/39060832/Manual-Apoio-Estagio>.

- [6] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro. Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos. 1993
- [7] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Despacho conjunto nº 1051/2000, de 14 de Setembro. Registo de medicamentos derivados de plasma.
- [8] Ordem dos farmacêuticos. Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar. *Boas Práticas de Farmácia Hospitalar*, 1999.
- [9] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Portaria nº 594/2004, de 2 de Junho. Boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina e hospitalar.
- [10] Gouveia, A.; Silva, A.; Bernardo, D.; Fernandes, J.; Martins, M.; Cunha, M.; Borges, S.; Sernache, S. "Manual de Preparação de Citotóxicos" *Ordem dos Farmacêuticos, Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar*, Novembro de 2013
- [11] INFARMED. Nutrição. [Online]. [Citação: 9 de Setembro de 2016]. Disponível em:  
[http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_returnToFullPageURL=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed%3Fp\\_auth%3Dfb3emKxz%26p\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D1%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_state\\_rcv%3D1&\\_101\\_assetEntryId=1225557&\\_101\\_type=document&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed%3Fp\\_p\\_id%3D3%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dmaximized%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_3\\_cur%3D3%26\\_3\\_paginationPhase%3Dtrue%26\\_3\\_keywords%3D%26\\_3\\_advancedSearch%3Dfalse%26\\_3\\_delta%3D30%26\\_3\\_assetTagNames%3Dpor%2Bclassificar%26\\_3\\_resetCur%3Dfalse%26\\_3\\_andOperator%3Dtrue%26\\_3\\_struts\\_action%3D%252Fsearch%252Fsearch](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed%3Fp_auth%3Dfb3emKxz%26p_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D1%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_state_rcv%3D1&_101_assetEntryId=1225557&_101_type=document&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fwww.infarmed.pt%2Fweb%2Finfarmed%2Finfarmed%3Fp_p_id%3D3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_3_cur%3D3%26_3_paginationPhase%3Dtrue%26_3_keywords%3D%26_3_advancedSearch%3Dfalse%26_3_delta%3D30%26_3_assetTagNames%3Dpor%2Bclassificar%26_3_resetCur%3Dfalse%26_3_andOperator%3Dtrue%26_3_struts_action%3D%252Fsearch%252Fsearch)
- [12] Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. Neres, A.; Ferreira, P.. *Farmacovigilância e Notificação Espontânea*. [Online]. 2015 [Citação: 9 de Setembro de 2016]. Disponível em: [http://www.ff.ul.pt/ufs/files/2015/09/FormacaoRegional\\_2015.pdf](http://www.ff.ul.pt/ufs/files/2015/09/FormacaoRegional_2015.pdf)

- [13] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Lei nº 46/2004, de 19 de Agosto.  
Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.
- [14] INFARMED. Legislação Farmacêutica Compilada, Decreto-Lei nº 97/95, de 10 de Maio.  
Regulamentação das comissões de ética para a saúde.
- [15] Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC, de 15 de Outubro. 2007
- [16] Rodriguez, M.; Vacca, C.; Peña, J.; Sutcliffe, H.; Hinds, M.; Alonzo, M.; Castro, J..  
“Boas práticas de farmacovigilância para as Américas”. *Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde*, 2011.

# Capítulo 3 - Seguimento terapêutico dos doentes com perturbação bipolar e avaliação do perfil de intoxicação

## 1. Introdução

A depressão bipolar, juntamente com a perturbação unipolar e outras perturbações, constituem a grande família dos transtornos do Humor. A depressão unipolar apenas se caracteriza por um polo do humor e a perturbação bipolar. Tal como o nome indica, está tipicamente associada aos dois polos extremos, ou somente com o polo oposto.[1] Explicando melhor esta conceção de bipolaridade, esta é caracterizada por estados de mania ou hipomania, com ou sem estados de depressão. Os transtornos bipolares podem ser divididos em subtipos: doença bipolar I, doença bipolar II, transtorno ciclotímico e doença bipolar sem outra especificação. Pode-se identificar a doença bipolar I pela existência de um ou mais episódios maníacos ou mistos, sendo que os episódios de polos opostos podem ocorrer com meses ou anos de hiato. Quanto à doença bipolar II, apresenta-se com episódios de hipomania adjacentes aos de depressão ou de forma isolada. Os doentes com transtorno ciclotímico são reconhecidos pelas suas oscilações entre depressão e hipomania.[1], [2]

A correta identificação dos conceitos de depressão, mania ou hipomania são uma chave essencial para diagnosticar os doentes com exatidão. Para isso utilizam-se os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5ª Edição (DSM-5™).

Os critérios de diagnóstico para identificar um episódio maníaco são:[2]

- A. *Um período distinto de humor anormal ou persistentemente elevado, expansivo ou irritável e uma atividade ou energia dirigida a objetivos anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se for necessária a hospitalização).*
- B. *Durante o período de alteração do humor e aumento de energia ou atividade estão presentes num grau significativo e representam uma alteração notória de comportamento habitual, 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável):*
  - 1. *Autoestima aumentada ou grandiosidade.*
  - 2. *Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de apenas 3 horas de sono).*
  - 3. *Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.*
  - 4. *Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.*

5. *Distratibilidade (isto é, a atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.*
  6. *Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora (isto é, atividade sem propósito não dirigida a objetivos).*
  7. *Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).*
- C. *A alteração do humor é grave o suficiente para provocar um déficit marcado no funcionamento social e ocupacional, ou para necessitar de hospitalização para prevenir danos para o próprio ou outros, ou quando existem características psicóticas.*
- D. *O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento) ou secundária a outra condição médica.*

*Nota: Um episódio maníaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para episódio maníaco e, conseqüentemente, para diagnóstico de perturbação bipolar I.*

**Nota.** *Os critérios A-D constituem um episódio maníaco. É necessário pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida para o diagnóstico de perturbação bipolar I.*

Quanto aos critérios de diagnóstico para definir um episódio hipomaníaco, estes são:[2]

- A. *Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.*
- B. *Durante o período de alteração do humor e aumento da energia ou atividade, persistem 3 (ou mais) dos seguintes sintomas (4 se o humor é apenas irritável), representando uma alteração notória do comportamento habitual e estando presentes num grau significativo:*
  1. *Autoestima aumentada ou grandiosidade.*
  2. *Diminuição da necessidade de dormir (por exemplo, sente-se descansado depois de somente 3 horas de sono).*
  3. *Mais falador do que o habitual ou pressão para continuar a falar.*
  4. *Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento.*
  5. *Distratibilidade (isto é, atenção é facilmente desviada para estímulos externos não importantes ou irrelevantes) relatada ou observada.*

6. *Aumento da atividade dirigida a objetivos (quer sociais, no emprego ou na escola, quer sexuais) ou agitação psicomotora.*
7. *Envolvimento excessivo em atividades com potencial elevado para consequências desagradáveis (por exemplo, envolvimento em gastos desenfreados, comportamentos sexuais indiscretos ou investimentos negociais insensatos).*
- C. *O episódio está associado com uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando não está sintomática.*
- D. *A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis pelos outros.*
- E. *O episódio não é suficientemente grave para provocar um défice marcado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se existirem características psicóticas, o episódio é, por definição, maniaco.*
- F. *O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicação ou outro tratamento).*

*Nota. Um episódio hipomaniaco completo que surja durante um tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia electroconvulsiva), mas que persista a um nível sindromático completo além dos efeitos fisiológicos desse tratamento, é evidência suficiente para o diagnóstico de episódio hipomaniaco. Contudo, recomenda-se precaução, uma vez que 1 ou 2 sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, irascibilidade ou agitação consequente ao uso de antidepressivos) não são considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaniaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.*

*Nota. Os critérios A-F constituem um episódio hipomaniaco. Episódios hipomaniacos são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para o diagnóstico de perturbação bipolar I.*

Relativamente aos critérios de diagnóstico para detetar um episódio depressivo major, estes são:[2]

- A. *Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda do interesse ou do prazer.*

*Nota. Não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica.*

1. *Humor depressivo a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou desesperançado) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso). (Nota. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável.)*

2. *Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação).*
  3. *Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota. Em crianças deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso.)*
  4. *Insónia ou hipersónia quase todos os dias.*
  5. *Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável por outros; não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).*
  6. *Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.*
  7. *Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).*
  8. *Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação pelos outros).*
  9. *Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, ou tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer suicídio.*
- B. *Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.*
- C. *O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.*

**Nota.** *Os critérios A-C constituem um episódio depressivo major. Episódios depressivos major são comuns na perturbação bipolar I, mas não são requeridos para diagnóstico de perturbação bipolar I.*

**Nota.** *Respostas a uma perda significativa (por exemplo, luto, ruína financeira, perdas consequentes a um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, apetite fraco e perda de peso referidos no Critério A, o que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora alguns sintomas possam ser compreensíveis, ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo major sobreposto a uma resposta normal a uma perda significativa deve, também, ser ponderada com cuidado. Esta decisão requer, inevitavelmente, o exercício do julgamento clínico baseado na história da pessoa e nas normas culturais para a expressão de angústia no contexto da perda.*

Para que exista diagnóstico de Perturbação Bipolar I, devem ser cumpridos os seguintes critérios:[2]

- A. *Preenchimento dos critérios para pelo menos 1 episódio maniaco (Critérios A-D do “Episódio Maníaco” supramencionado).*
- B. *Os episódios maniaco ou depressivo major não são mais bem explicados por uma perturbação esquizoaffectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica.*

Para que exista diagnóstico de Perturbação Bipolar II, devem ser cumpridos os seguintes critérios:[2]

- A. *Preenchimento de critérios para pelo menos um episódio hipomaniaco (Critérios A-F do “Episódio Hipomaniaco” supramencionado).*
- B. *Inexistência de episódio maniaco prévio.*
- C. *A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaniaco(s) e depressivo(s) major não é mais bem explicada por perturbação esquizoaffectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica.*
- D. *Os sintomas da depressão ou a imprevisibilidade causada pela alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.*

Quanto ao diagnóstico de Perturbação Ciclotímica, devem ser cumpridos os seguintes critérios:[2]

- A. *Durante pelo menos 2 anos (pelo menos 1 ano se crianças ou adolescentes), existiram numerosos períodos com sintomas hipomaniacos que não preencheram critérios para episódio hipomaniaco e números períodos com sintomas depressivos que não preencheram critérios para episódio depressivo major.*
- B. *Durante esse período de 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes), os períodos hipomaniaco e depressivo estiveram presentes pelo menos metade do tempo e o indivíduo não esteve sem sintomas por mais de 2 meses seguidos.*
- C. *Nunca estiveram preenchidos os critérios para o episódio depressivo major, maniaco ou hipomaniaco.*
- D. *Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por perturbação esquizoaffectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante, outra perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada, ou outra perturbação psicótica.*

- E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).
- F. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Para se conseguir perceber o impacto nefasto que esta doença tem a nível pessoal e social é importante mencionar os números referidos no *The Global Burden of Disease*, sendo que neste encontramos a perturbação bipolar posicionada em sexto lugar no ranking das doenças mais incapacitantes do mundo.[1] Para além disso, existe a documentação quanto à sua taxa de prevalência, sendo esta de aproximadamente 4%. [3] É estimado que mais de 1/3 da população com perturbação bipolar terá cometido pelo menos uma tentativa de suicídio e que o risco de suicídio neste grupo é cerca de 15 vezes superior comparado com a população geral, atribuindo-se cerca de 25% de casos consumados a doentes com esta doença.[2] Estes valores demonstram que a patologia em questão tem uma repercussão considerável na sociedade.

Ademais, enfrenta-se outro problema social, ou seja, tal como outras doenças desta família, a perturbação bipolar é por vezes de difícil diagnóstico e, por essa razão, acresce que a maior parte das pessoas que sofram da mesma não tenham sido diagnosticadas como tal.[3] Este subdiagnóstico deve-se a várias razões. Em primeiro lugar, é considerado que mais de metade das pessoas que sofrem depressão, quer unipolar, quer bipolar, não procuram ajuda médica. Das que procuram, a maioria é observada nos cuidados de saúde primários. Neste ponto, existe por vezes um diagnóstico errado e alguns doentes acabam por ser reencaminhados para especialidades não indicadas. Assim, apenas metade dos doentes que procuram cuidados médicos têm o seu problema de saúde bem identificado.[3]

Para mitigar a problemática que a perturbação bipolar constitui é, acima de tudo, necessário um bom acompanhamento do doente e um bom tratamento.[4] A maioria dos médicos prefere apoiar-se nas *guidelines* da *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*, que na atualização de 2013 apresenta recomendações de tratamento. Estas encontram-se descritas nas tabelas 1-5, para:[5]

- Gestão de um episódio de mania agudo;
- Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar I;
- Manutenção da terapia na perturbação bipolar I;
- Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar II;
- Manutenção da terapia na perturbação bipolar II.

**Tabela 1.** Gestão de um episódio de mania agudo.[5]

1ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> lítio, valproato semisódico, olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, asenapina, paliperidona</li> <li>• <b>Terapia adjuvante que se baseia em lítio ou valproato semisódico com:</b> risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, asenapina</li> </ul>
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, TEC (Terapia electroconvulsiva), haloperidol</li> <li>• <b>Terapia combinada:</b> lítio + valproato semisódico</li> </ul>
3ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> clorpromazina, clozapina, oxacarbazepina, tamoxifeno</li> <li>• <b>Terapia combinada:</b> lítio ou valproato semisódico + haloperidol, lítio + carbamazepina, tamoxifeno adjuvante</li> </ul>

**Tabela 2.** Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar I.[5]

1ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> lítio, lamotrigina, quetiapina</li> <li>• <b>Terapia combinada:</b> lítio ou valproato semisódico + ISRS, olanzapina + ISRS, lítio + valproato semisódico, lítio ou valproato semisódico + bupropiona</li> </ul>
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> valproato semisódico, lurasidona</li> <li>• <b>Terapia combinada:</b> quetiapina + ISRS, modafinil adjuvante, lítio ou valproato semisódico + lamotrigina, lítio ou valproato semisódico + lurasidona</li> </ul>
3ª linha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, olanzapina, TEC</li> <li>• <b>Terapia combinada:</b> lítio + carbamazepina, lítio + pramipexol, lítio ou valproato semisódico + venlafaxina, lítio + IMAO, lítio ou valproato semisódico ou antipsicóticos atípicos + antidepressivos tricíclicos, lítio ou valproato semisódico ou carbamazepina + ISRS + lamotrigina, quetiapina + lamotrigina</li> </ul>

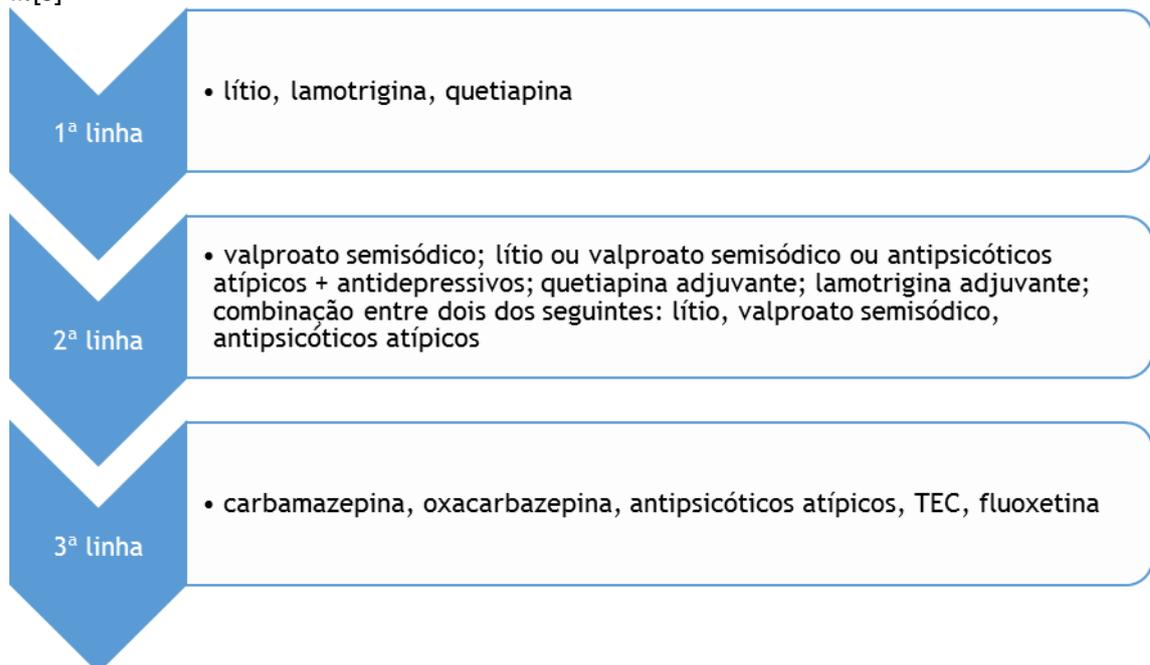
**Tabela 3.** Manutenção da terapia na perturbação bipolar I.[5]

1ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Monoterapia:</b> lítio, lamotrigina (eficácia limitada na prevenção de mania), valproato semisódico, olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol</li><li>• <b>Terapia adjuvante que se baseia em lítio ou valproato semisódico com:</b> quetiapina, risperidona, aripiprazol, ziprasidona</li></ul>
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, paliperidona</li><li>• <b>Terapia combinada:</b> lítio + valproato semisódico, lítio + carbamazepina, lítio ou valproato semisódico + olanzapina, lítio + risperidona, lítio + lamotrigina, olanzapina + fluoxetina</li></ul>
3ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Monoterapia:</b> asenapina</li><li>• <b>Terapia adjuvante:</b> fenitoína, clozapina, TEC, topiramato, ácidos gordos ómega-3, oxcarbazepina, gabapentina, asenapina</li></ul>

**Tabela 4.** Gestão de um episódio depressivo agudo na perturbação bipolar II.[5]

1ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• quetiapina</li></ul>
2ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• lítio, lamotrigina, valproato semisódico, lítio ou valproato semisódico + antidepressivos, lítio + valproato semisódico, antipsicóticos atípicos + antidepressivos</li></ul>
3ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• antidepressivos em monoterapia (para doentes com episódios de hipomania pouco frequentes), alternar entre antidepressivos, quetiapina + lamotrigina, TEC adjuvante, N-acetilcisteína adjuvante, triiodotironina adjuvante</li></ul>

**Tabela 5.** Manutenção da terapia na perturbação bipolar II.[5]



Contudo, por mais otimizada que seja a terapia, existem sempre efeitos secundário associados a esta. O CANMAT 2013 faz menção de alguns problemas que devem ser monitorizados, como é o caso do potencial aparecimento de diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidémias, problemas endócrinos, problemas cognitivos, hipersensibilidade, reações cutâneas, sedação, problemas gastrointestinais, problemas neurológicos e fraturas.[5]

Mas, provavelmente, o problema mais grave de pode ocorrer ligado à perturbação bipolar, tendo ligação à medicação ou não, é o suicídio ou tentativa de suicídio. Estatisticamente pode-se dizer que mais de 10% dos doentes incorre neste tipo de comportamentos.[3] Quando se analisa esta doença, conseguem-se distinguir dois motivos para esta tendência. O primeiro é o próprio episódio depressivo, sendo que um dos critérios de diagnóstico são os “pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio”. O segundo motivo é o possível “envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos” que acompanha o episódio maníaco.[2] Posto isto, sendo que quando os doentes têm o término deste género de episódios, poderão não conseguir lidar com as consequências.

Tendo este busílis em mente, é de concluir que cada vez mais são necessários programas de seguimento do doente e um maior despertar de consciência de profissionais de saúde não inseridos nos Cuidados de Saúde Mental.[6]

## 1.1. Psicofármacos Utilizados nas Tentativas de Suicídio Registadas

Pelo carácter deste estudo ser subordinado à área de Psiquitria e Saúde Mental, apenas se procederá à análises dos psicofármacos registados como tendo sido utilizados para tentar o suicídio, quer em associações uns com os outros, quer sozinhos. Dentro de cada grupo, foi observada a utilização de:

- Estabilizadores de Humor: valproato semisódico, lamotrigina e gabapentina;
- Antipsicóticos Atípicos: clozapina e quetiapina;
- Antipsicóticos Típicos: haloperidol, melperona e ciamemazina;
- Antidepressivos Tetracíclicos: mirtazapina;
- Benzodiazepinas: lorazepam e diazepam.

É importante referir que o lítio também foi analisado por na literatura ser considerado um dos psicofármco com maior potencial letal.

### 1.1.1. Estabilizadores do humor

Originalmente, um estabilizador do humor era designado como fármaco capaz de tratar a mania e impedir a sua recidiva. Definição hoje, claramente, insuficiente.[7]

A definição de “estabilizador de humor” está inerentemente ligada às oscilações do humor que são uma característica primária da perturbação afetiva bipolar, manifestação que estes medicamentos pretendem tratar. Um estabilizador do humor ideal seria eficaz na prevenção tanto de episódios maníacos como, durante largos períodos de tratamento.[8]

Com o advento de novos fármacos com a capacidade de atuar em várias fases da perturbação afetiva bipolar e com diferentes objetivos, sendo cada um mais efetivo num pólo do que no outro, muitos autores propõem que esse abandone este termo em favor de outros identifiquem mais explicitamente o seu racional de utilização. No entanto, fruto do peso histórico deste termo, tal como por uma questão de simplicidade, tem-se mantido esta denominação na prática clínica e muita da científica.[7]

Atualmente, os fármacos estabilizadores de humor usado no tratamento da perturbação afetiva bipolar incluem: lítio, anticonvulsivantes (valproato, carbamazepina, lamotrigina), antipsicóticos (por exemplo, clorpromazina, olanzapina, quetiapina, risperidona) e antidepressivos.[8]

#### 1.1.1.1. Lítio

Apesar de não ter sido encontrado nenhum caso de intoxicação com lítio, nesta amostra, opta-se por abordar este devido à sua importância histórica, pois foi o primeiro fármaco a provar a sua eficácia como estabilizador do humor, continuando, nos dias de hoje, a fazer parte da terapêutica de primeira-linha.[8]

Ainda não se conhece(m) o(s) mecanismo(s) pelo qual(is) o lítio produz a sua ação como estabilizador de humor. Isto não impede que o seu uso esteja disseminado na prática clínica, tendo como principal indicação a profilaxia da perturbação afetiva bipolar. O lítio reduz tanto o número como a gravidade das recaídas, sendo mais eficaz na prevenção da recidiva maníaca do que da depressiva.[9]

Em Portugal, a única forma comercializada é o carbonato de lítio.[10]

Durante a utilização deste fármaco recomenda-se manter uma monitorização adequada dos níveis séricos a cada 3 meses[11], pois este tem um intervalo terapêutico estreito, sendo fácil a ocorrência de sobredosagem.[8]

O lítio é perigoso em caso de sobredosagem ou em circunstâncias que predispõem à depleção de sódio ou volume. A maioria dos indivíduos que experienciam toxicidade fazem-no no contexto de doença (diarreia, vômitos, insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou cirurgia) ou secundariamente a uma interação medicamentosa (anti-inflamatórios não esteróides, inibidores da enzima de conversão da angiotensina). Poucos indivíduos desenvolvem espontaneamente efeitos tóxicos sem uma doença precipitante.[11]

Os efeitos tóxicos ocorrem de forma consistente com níveis séricos superiores a 1,5 mmol/L e consistem habitualmente em efeitos gastrointestinais (anorexia, vômitos, náuseas e diarreia), renais (poliúria e insuficiência renal), cardiovasculares (pouco comuns, como arritmias e defeitos da condução cardíaca) e efeitos no sistema nervoso central e neuromuscular (fraqueza muscular, sonolência, ataxia, disartria, tremor de intenção e espasmos musculares). Em concentrações superiores a 2 mmol/L observa-se desorientação e convulsões, podendo progredir para coma e, finalmente, morte.[9], [12]

#### 1.1.1.2. Valproato Semisódico

O valproato inicialmente era usado como anticonvulsivante, estando actualmente comprovada a sua efetividade no tratamento da mania, com o seu uso na profilaxia de recaídas e no tratamento de episódios de pólo depressivo a terem menos suporte na evidência científica.[7], [9]

Em Portugal, está disponível sob as formas de valproato de sódio, valproato semisódico e ácido valpróico[13], não sendo claro se existem diferenças entre cada uma destas formas.[9]

Os níveis terapêuticos de valproato situam-se entre 50 e 100 µg/mL. Os efeitos tóxicos estão associados a níveis sanguíneos acima desse intervalo e a depressão do sistema nervoso central é frequente com níveis superiores a 180 µg/mL. A toxicidade do valproato é manifestada principalmente por sintomas neurológicos (como sedação), e pode levar a depressão respiratória, coma e, até mesmo, morte.[14], [15] Podem ocorrer vômitos, pancreatite, lesões hepáticas, pancitopenia e instabilidade hemodinâmica.[16] A hiperamonémia também está ligada à terapêutica com valproato, tanto dentro do intervalo terapêutico, como em sobredosagem, e pode contribuir para a toxicidade do sistema nervoso central.[17]

### 1.1.1.3. Lamotrigina

A lamotrigina, tal como o valproato, surgiu como anticonvulsivante, mas parece ser eficaz tanto no tratamento da depressão bipolar, como na profilaxia contra outros episódios.[9] Atualmente, está recomendada com esse intuito, situação que está apoiada mais em dados da prática clínica do que em resultados de ensaios clínicos.[7] A lamotrigina não foi aprovada no tratamento da mania bipolar.[7]

É um fármaco normalmente bem tolerado, no entanto aumenta a propensão a erupções cutâneas, inclusive, se bem que raramente, a síndrome de Stevens-Johnson (necrólise epidérmica tóxica), que é potencialmente fatal. Estas erupções cutâneas estão associadas com a velocidade de titulação da dose, sendo minimizadas por um aumento lento das doses.[7], [9] Os efeitos clínicos mais comumente relatados em sobredosagem são sonolência, vômitos, náuseas, ataxia, tonturas e taquicardia.[18] Existem relatos de distonia, crise oculogírica, discinésia e hiperfagia.[19], [20] Os eventos mais graves incluem coma, convulsões e depressão respiratória. A lamotrigina também pode estar associada à síndrome de hipersensibilidade anticonvulsivante, que consiste numa tríade de febre, erupção cutânea e envolvimento de órgãos internos.[19] Existe risco de síndrome serotoninérgica, especialmente, quando é ingerido com outras substâncias que possam potencializar esse efeito. Esta síndrome inclui: estado mental alterado (variando de agitação a coma), hiperatividade neuromuscular (incluindo hiperreflexia, ataxia e nistagmo) e convulsões tonico-clónicas generalizadas.[19] Há, então, provas de toxicidade clinicamente importante em situações de sobredosagem, ocorrendo uma recuperação completa, na maioria dos casos, apesar de terem sido reportados casos mortais.[19]

#### 1.1.1.4. Gabapentina

A gabapentina é um anticonvulsivante, que tem algum espaço como adjuvante dos estabilizadores efetivos do humor, embora não pareça ser consistentemente efetiva como estabilizador do humor. Tal indicação poderá dever-se aos seus efeitos na dor crónica, na ansiedade e na insónia.[7]

Os efeitos adversos da sobredosagem incluem sonolência, taquicardia, ataxia e hipotensão, sendo que todos os casos descritos segundo um estudo foram tratados em ambulatório, enquanto noutro estudo, apesar de existirem casos de maior severidade, nenhum conduziu a morte.[7]

#### 1.1.2. Antipsicóticos

Os fármacos antipsicóticos não são meramente fármacos com efeito antipsicótico. Cada antipsicótico possui em diferentes graus várias propriedades como sedativas, ansiolíticas, antimaniacas, estabilizadoras do humor e antidepressivas.[9]

##### 1.1.2.1. Antipsicóticos típicos (ou de primeira geração)

Os antipsicóticos de primeira geração são usados, há bastante tempo, no tratamento da mania são vários os estudos que sustentam o seu uso numa miríade de apresentações hipomaniacas e maníacas. Esta eficácia poderá ser reforçada com coterapia com um estabilizador de humor. Apesar dos dados não apoiarem fortemente a sua utilização a longo prazo na perturbação afetiva bipolar, continuam sendo usados como profilaxia. Os efeitos secundários, nomeadamente o risco de propiciar episódios depressivos, acabam por restringir a sua utilização.[9]

Os fármacos pertencentes a esta classe presentes na amostra em estudo, como veremos posteriormente, foram o haloperidol, a melperona e a ciamemazina.

##### 1.1.2.2. Antipsicóticos atípicos

Devido aos diferentes mecanismos de ação (padrão de ligação a recetores) dos vários antipsicóticos atípicos, são observadas propriedades farmacológicas muito diferentes de um antipsicótico atípico para outro. Isso poderá explicar as diferentes ações de cada um na perturbação afetiva bipolar e o porquê de alguns doentes bipolares responderem a um antipsicótico atípico, e não a outro.[7]

A maioria dos antipsicóticos atípicos foi aprovada para o tratamento da mania.[7]

Dos fármacos encontrados, nesta amostra, pertencem a este grupo a quetiapina e a clozapina. A quetiapina, um fármaco bem tolerado, parece ser eficaz em todos os aspectos da doença afetiva bipolar, incluindo a prevenção da depressão bipolar, tendo sido o único antipsicótico atípico aprovado com este intuito.[7], [9] A clozapina parece ser eficaz em perturbações bipolares refratárias, incluindo mania.[9]

#### 1.1.2.3. Sobredosagem com antipsicóticos

Geralmente, a sobredosagem de antipsicóticos pode levar a depressão da consciência, hipotensão, depressão respiratória, hipotermia, arritmias cardíacas e convulsões. Podem também ocorrer reações extrapiramidais agudas (distonia, discinesia, acatísia), que não estão claramente associadas aos níveis sanguíneos ou sobredosagens agudas e tendem a surgir com doses terapêuticas[21], sendo notavelmente incomuns com a clozapina.[22] A síndrome maligna dos neurolépticos é uma rara mas potencialmente fatal reação idiossincrática ao tratamento antipsicótico, ocorrendo mais frequentemente com antipsicóticos típicos, como o haloperidol.[22] Apesar ser mais comum com doses terapêuticas do que nas intoxicações agudas, é um evento adverso bastante temido dos antipsicóticos.[21] Pode provocar disfunção autonômica, flutuação da consciência, hipertermia e rigidez muscular, conseqüentemente pode surgir rabdomiólise e insuficiência renal.[21] Em casos graves de sobredosagem pode ocorrer a morte.[23]

A maioria dos antipsicóticos atípicos tem uma ação sedativa menos marcada. prolongamento do intervalo QT (no traçado eletrocardiográfico) e subseqüentes arritmias podem ocorrer com alguns medicamentos desta classe.[21] O haloperidol foi associado a alguns casos de *torsade de pointes*, uma arritmia potencialmente fatal, apesar de não ter um perfil muito cardiotoxíco. A toxicidade cardiovascular é frequentemente o evento potencialmente fatal após a intoxicação.[23] Foram também relatados episódios de edema pulmonar.[21]

#### 1.1.3. Antidepressivos

Os antidepressivos ainda hoje são bastante utilizados na depressão bipolar. Poderão ser eficazes nesta situação, embora menos do que na depressão unipolar, havendo um risco de desestabilização do humor, com indução de mania ou hipomania, ciclagem rápida ou estados mistos ou, até mesmo, tendências suicidas.[7], [9], [24] Devido a este risco, alguns estudos consideram o uso de fármacos antidepressivos contraindicados na perturbação afetiva bipolar.[24] Os antidepressivos tricíclicos são normalmente evitados. Se houver necessidade

de prescrever um antidepressivo, os preferidos são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou a bupropiona, mas podem ser usados outros agentes.[7], [9] A escolha do fármaco deve ser considerada caso a caso.[7] O tratamento antidepressivo contínuo após a resolução dos sintomas pode proteger contra a recaída depressiva, mais ainda não existe consenso sobre a prescrição de antidepressivos a longo prazo.[9] A maioria dos especialistas concorda que a monoterapia antidepressiva deverá ser evitada nos indivíduos com perturbação afetiva bipolar.[7]

Nesta amostra, foram encontrados casos de intoxicação com ISRSs (fluoxetina e sertralina) e com mirtazapina (antidepressivo tetracíclico).

Embora os diferentes ISRSs compartilhem o mesmo mecanismo de ação (inibição da recaptação da serotonina), cada paciente reage de maneira diferente com diferentes ISRSs, devido às propriedades farmacológicas particulares de cada um.[7]

A principal consequência da intoxicação com ISRSs é a denominada “síndrome serotoninérgica” (toxicidade da serotonina), sendo que cerca de 15% das sobredosagens de ISRSs requerem admissão hospitalar e tratamento médico. Esta síndrome, potencialmente fatal, apresenta-se com excitação neuromuscular, (clonus, mioclonia, hiperreflexia, tremor), hiperatividade autonômica (taquicardia, febre, diaforese e midríase) e alteração do estado mental (confusão, agitação e/ou excitação).[25]

Os efeitos adversos associados à terapêutica com mirtazapina incluem sonolência, tonturas, agitação, hipertensão e perda de apetite. A sobredosagem pode causar desorientação, sonolência e taquicardia.[15]

#### 1.1.4. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas podem ser um valioso tratamento adjuvante dos estabilizadores do humor, particularmente em situações de emergência. Também são muito úteis em doentes com agitação intermitente, ansiedade, insônia e sintomas maníacos incipientes.[7], [9] Dependendo da sua meia-vida, podem ter efeitos mais ansiolíticos (meia-vida longa) ou mais hipnóticos (meia-vida curta).[9]

As duas benzodiazepinas presentes nesta amostra foram o lorazepam (um agente com meia-vida curta) e o diazepam (um agente com meia-vida longa).[9]

As reações adversas mais comuns são sonolência, descoordenação motora, alteração da memória a curto prazo, confusão, vertigem, efeitos gastrointestinais (obstipação, diarreia, vômitos e alterações do apetite), alterações visuais e irregularidades cardiovasculares.[26] A

depressão respiratória é rara com a forma oral, mas é possível quando a via intravascular é usada.[9]

Os efeitos neurodepressores podem ser potenciados por outros agentes com ação depressora do sistema nervoso central, como o álcool.[27] Existe ainda um antagonista específico das benzodiazepinas, o flumazenil.[9]

## **2. Justificação e Objetivos**

### **2.1. Justificação**

A psiquiatria clínica tem vindo a evoluir de forma a otimizar a forma como atua sob a saúde mental. Contudo, nos últimos tempos, devido à exigência que um aumento do diagnóstico de doenças mentais acarreta, as consultas psiquiátricas têm se tornado cada vez mais curtas, superficiais e espaçadas.[28] Esta limitação no acompanhamento do doente, pode ser um alerta para a necessidade de mais profissionais de saúde, como farmacêuticos, intervirem de forma mais ativa e holística na saúde do doente.[4]

É necessária uma consciencialização que as doenças psiquiátricas têm, uma grande parte das vezes, um carácter incapacitante no quotidiano de quem as possui e estão fortemente associadas ao estigma social. Por estas razões, estes doentes formam um grupo de risco quando se fala em comportamentos suicidários.[4]

Sendo o farmacêutico comunitário, tal como nome indica, um profissional de saúde com grande contacto com a comunidade, pode ser uma chave para se poder evitar alguns comportamentos de risco, autolesivos ou outros, de doentes do foro psiquiátrico. Assim, pode haver espaço para uma sinergia entre este profissional e os psiquiatras, de forma a ajudar o doente.

Para além do trabalho que um farmacêutico comunitário pode exercer, também existe outras áreas que podem intervir de forma positiva. O próprio farmacêutico hospitalar pode auxiliar, alertando para a necessidade da criação de programas de seguimento mais efetivos do doente, principalmente aqueles que apresentem fatores de risco acrescidos.

### **2.2. Objetivo geral**

Neste trabalho de investigação definiu-se que os objetivos primordiais seriam o estudo a terapêutica dos doentes com perturbação bipolar e a casuística das sobredosagens e intoxicações com essa mesma terapêutica, aliando a determinação de perfis.

### 2.3. Objetivos específicos

Os objetivos anteriores podem ser clarificados de forma mais específica nos seguintes pontos:

- Determinar o perfil do doente com perturbação bipolar, atendendo a fatores demográficos;
- Avaliar a terapêutica instituída a cada doente em períodos de manutenção;
- Traçar perfis de doentes que tiveram ideações suicidas e tentativas de suicídio;
- Comparar os dois perfis do ponto anterior e relacioná-los com o perfil do doente com perturbação bipolar;
- Determinar a significância dos métodos usados nas tentativas de suicídio;
- Verificar se existe uma predominância da utilização de psicofármacos nas tentativas de suicídio;
- Concluir quais os grupos de psicofármacos mais utilizados nas tentativas de suicídio.

## 3. Métodos e Materiais

Neste trabalho fez-se um estudo de índole retrospectivo, dos anos 2014 e 2015, de todos os doentes referenciados, pela Comissão de Estatística do Hospital Sousa Martins da Guarda, com um dos seguintes diagnósticos:

- Perturbação afetiva bipolar, maníaca;
- Perturbação afetiva bipolar, fase depressiva;
- Psicoses afetivas;
- Outras psicoses maníaco-depressivas especificadas;
- Outras psicoses afetivas ou psicoses afetivas, não especificadas.

A consulta dos dados de processos clínicos realizou-se através do sistema informático ALERT®. Eliminaram-se, após análise, todos os casos que não correspondia a perturbações bipolares, sendo que o número final de amostra neste estudo foi de 84 doentes.

Para cada doente foram analisadas as fichas relativas aos anos 2013, 2014 e 2015, para ser possível verificar possíveis evoluções e obter informações mais coesas. Os dados recolhidos tiveram um carácter sociodemográfico como faixa etária, sexo, estado civil, situação profissional, insuficiência económica, história pessoal de alcoolismo, história pessoal de toxicodependência e antecedentes familiares de doença psiquiátrica. Também foram recolhidos dados de episódios de urgência relacionados com patologias psiquiátricas, consultas e internamentos no Departamento de Psiquiatria e Cuidados de Saúde Mental. Relativamente a estes últimos pontos observados, foram recolhidos dados cronológicos, motivos e terapêuticas instituídas. Para além disso, anotaram-se vocalizações de ideação suicida, principalmente em consultas, e tentativas de suicídio, em termos cronológicos e metodológicos, registadas por deslocamento ao Serviço de Urgência.

A posterior análise estatística do material recolhido será conseguida através do uso do Software Package for Social Sciences (SPSS®), versão 22.0 para Microsoft Windows®. Procedeu-se ao tratamento estatístico utilizando medidas de análise descritiva de cada variável, tabelas de frequência cruzada para variáveis relacionáveis e testes estatísticos de moda, média, mediana, entre outros.

Os dados constantes no presente trabalho foram recolhidos e tratados confidencialmente, de acordo com a legislação, os regulamentos e as normas éticas aprovadas pela Comissão de Ética do Hospital de Sousa Martins da Guarda (Anexo X).

## 4. Resultados, Análise e Discussão

### 4.1. Perfil do doente com perturbação bipolar

Quanto à caracterização do doente com perturbação bipolar, pela visualização da tabela 6, constata-se que a maioria dos indivíduos da amostra são do sexo feminino (63,1%).

**Tabela 6.** Caraterização da amostra estudada quanto ao género.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Feminino	53	63,1	63,1	63,1
Masculino	31	36,9	36,9	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Relativamente à idade, como se consegue observar na tabela 7, a maior parte dos doentes analisados encontra-se numa zona central, ou seja dos 30 anos aos 70 anos. Mais especificamente, é de notar que as maiores percentagens estão registradas entre os [40;50[ (28,6%) e os [50;60[ (22,6%).

**Tabela 7.** Caracterização da amostra estudada quanto à faixa etária.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
[20;30[	6	7,1	7,1	7,1
[30;40[	12	14,3	14,3	21,4
[40;50[	24	28,6	28,6	50,0
[50;60[	19	22,6	22,6	72,6
[60;70[	14	16,7	16,7	89,3
[70;80[	8	9,5	9,5	98,8
[80;90[	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

A tabela 8 apresenta a análise cruzada entre as variáveis sexo e faixa etária. Através de uma observação atenta, pode concluir-se que a distribuição dos elementos do sexo masculino pelas diferentes faixas etárias é bastante linear, ou seja as flutuações são pouco significativas.

Contudo, quando se faz a mesma análise para o sexo feminino, as conclusões são diferentes. Neste caso, a tabulação cruzada entre sexo e faixa etária reflete o mesmo panorama que uma análise apenas das faixas etárias, havendo um pico de doentes no intervalo dos 40 aos 50 anos (20,2%).

**Tabela 8.** Tabulação cruzada do sexo e faixa etária.

			Faixa Etária							Total
			[20;30[	[30;40[	[40;50[	[50;60[	[60;70[	[70;80[	[80;90[	
Sexo	Feminino	Contagem	3	7	17	11	9	5	1	53
		% do Total	3,6%	8,3%	20,2%	13,1%	10,7%	6,0%	1,2%	63,1%
Sexo	Masculino	Contagem	3	5	7	8	5	3	0	31
		% do Total	3,6%	6,0%	8,3%	9,5%	6,0%	3,6%	0,0%	36,9%
Total		Contagem	6	12	24	19	14	8	1	84
		% do Total	7,1%	14,3%	28,6%	22,6%	16,7%	9,5%	1,2%	100,0%

Relativamente ao estado civil da amostra (tabela 9), verifica-se, uma grande maioria de indivíduos na categoria “casado” (61,9%). Ainda se observa uma percentagem significativa de solteiros (21,4%), porém nenhuma das outras categorias tem muita expressividade.

**Tabela 9.** Caracterização da amostra quanto o estado civil.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Solteiro	18	21,4	22,2	22,2
União de facto	1	1,2	1,2	23,5
Casado	52	61,9	64,2	87,7
Divorciado	6	7,1	7,4	95,1
Viúvo	4	4,8	4,9	100,0
Total	81	96,4	100,0	
Sem informação	3	3,6		
Total	84	100,0		

Em primeiro lugar, para auxiliar à melhor análise da estatística referente à ocupação (tabela 10), há que clarificar que se decidiu criar a opção de “reformado por invalidez”, que na maior parte dos casos se refere a reformas precoces por doença psiquiátrica ou oncológica, e a opção de “empregado com baixas sistemáticas”. A necessidade destas opções é justificada pela diferença, em termos sociais, que existe relativamente às categorias onde normalmente seriam incluídas, “reformado” e “empregado” respetivamente.

Numa observação inicial da tabela 10, não existe nenhuma categoria com uma percentagem de destaque. Porém, apontando o facto de 72,6% da amostra ter uma idade compreendida entre os 20 e 60 anos (tabela 7), é de notar que apenas 16,7% se enquadra na categoria “empregado”. Esta correlação pode ser fundamentada pelo próprio carácter incapacitante da perturbação bipolar, sendo por vezes difícil para os doentes manter uma ocupação laboral.[1], [2]

**Tabela 10.** Caracterização da amostra quanto à ocupação.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Desempregado	9	10,7	13,2	13,2
Empregado	14	16,7	20,6	33,8
Reformado	16	19,0	23,5	57,4
Reformado por invalidez	12	14,3	17,6	75,0
Estudante	1	1,2	1,5	76,5

Empregado com baixas sistemáticas	1	1,2	1,5	77,9
Doméstico	9	10,7	13,2	91,2
Rendimento Social de Inserção	6	7,1	8,8	100,0
Total	68	81,0	100,0	
Não mencionado	16	19,0		
Total	84	100,0		

A tabela 11 realça o facto de a insuficiência económica ser uma variável de grande expressão em doentes com a patologia deste estudo (65,5%). A justificação, como à semelhança da variável anterior, passa pela forma como a perturbação bipolar pode condicionar a vida profissional dos doentes. Para além disso, em episódios de mania ou hipomania, pode existir um envolvimento em situações de risco financeiro, tais como negócios arriscados ou gastos excessivos.[2]

**Tabela 11.** Caracterização da amostra quanto à insuficiência económica.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	55	65,5	65,5	65,5
Não	29	34,5	34,5	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Apesar da tabela 12 não expressar muita diferença de percentagem entre os doentes que têm antecedentes familiares de patologia psiquiátrica e os que não têm, 41,7% e 58,3% respetivamente, é interessante comprovar a existência de uma forte componente genética em doenças psiquiátricas.[29]

**Tabela 12.** Caracterização da amostra quanto aos antecedentes familiares de patologia psiquiátrica.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido Sim	35	41,7	41,7	41,7
Não	49	58,3	58,3	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Como foi anteriormente referido, doentes com perturbação bipolar por vezes incorrem no abuso de substâncias que podem ou não causar dependência. Como tal, foi feito um registo das dependências com maior potencial destrutivo. Na tabela 13 relacionaram-se as variáveis

de história pessoal de alcoolismo e história pessoal de toxicod dependência, não se tendo observado uma percentagem significativa de doentes com pelo menos um tipo de dependência. Contudo, é importante considerar que a toxicod dependência aparece sempre associada ao alcoolismo.[1], [2]

**Tabela 13.** Tabulação cruzada da história de alcoolismo com a história de toxicod dependência.

		História de Toxicod dependência		Total	
		Sim	Não		
História de Alcoolismo	Sim	Contagem	5	9	14
	% do Total	6,0%	10,7%	16,7%	
	Não	Contagem	0	70	70
	% do Total	0,0%	83,3%	83,3%	
Total	Contagem	5	79	84	
	% do Total	6,0%	94,0%	100,0%	

Quanto à ideação suicida, na tabela 14 encontra-se descrita a relação entre a ideação suicida e as tentativas de suicídio. É importante ver que, neste estudo, num acompanhamento de 3 anos, 17,9% tiveram pensamentos de morte, chegando a considerar o suicídio. Apesar de só 10,7% terem tentado consumá-lo, ainda é uma percentagem significativa para a curto período de tempo, uma vez que tal como foi referido na introdução, 1/3 dos doentes tem pelo menos uma tentativa de suicídio na sua vida.[2]

**Tabela 14.** Tabulação cruzada da relação entre a ideação suicida e as tentativas de suicídio.

		Tentativas de Suicídio		Total	
		Não	Sim		
Ideação Suicida	Não	Contagem	69	0	69
	% do Total	82,1%	0,0%	82,1%	
	Sim	Contagem	6	9	15
	% do Total	7,1%	10,7%	17,9%	
Total	Contagem	75	9	84	
	% do Total	89,3%	10,7%	100,0%	

Ao analisar a tabela 15, é crucial considerar que os números usados, para cada contacto com os serviços da Unidade Local de Saúde da Guarda por cada doente, foram os valores absolutos durante os 3 anos. Para além disso, importa saber que nas consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental incluiu-se consultas de psiquiatria, de psicologia clínica e ao domicílio.

Através da análise das colunas de recursos ao Serviço de Urgência e internamentos, pode concluir-se que a grande maioria dos indivíduos se encontra estabilizada, uma vez que estes dois tipos de contactos são praticamente inexistentes para a maioria dos casos.

Relativamente à coluna das consultas, a análise pode ser mais extensa. Em primeiro lugar verifica-se que a moda é igual a 5 consultas e, pelos percentis, que 50% dos doentes tiveram 12 consultas ou menos durante os 3 anos de estudo. Estes dados apoiam a literatura que afirma que o contacto agendado em psiquiatria tem-se tornado cada vez mais espaçado. Para além disso, ressalva-se que apenas 25% dos indivíduos teriam tido 25,75 consultas ou mais, tendo sido observado, que os doentes com mais consultas seriam aqueles com a patologia pouco controlada e/ou os que teriam necessidade de medicação intramuscular.[28], [30]

**Tabela 15.** Análise estatística dos recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica, consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de 2013 a 2015, da amostra estudada.

		Recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica	Consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
N	Válido	84	84	84
	Omisso	0	0	0
Média		1,7857	17,6667	1,5476
Mediana		,0000	12,0000	,0000
Moda		,00	5,00	,00
Desvio Padrão		4,21721	16,16581	3,70413
Variância		17,785	261,333	13,721
Amplitude		27,00	91,00	21,00
Mínimo		,00	1,00	,00
Máximo		27,00	92,00	21,00
Soma		150,00	1484,00	130,00
Percentis	25	,0000	6,0000	,0000
	50	,0000	12,0000	,0000
	75	1,7500	25,7500	2,0000

Em suma, examinando transversalmente os resultados de todas as variáveis, chega-se à conclusão que o doente com perturbação bipolar, no período estudo, teria o seguinte perfil: sexo feminino, idade entre os 40 e 50 anos, casado, com insuficiência económica e sem dependências de álcool ou drogas.

## 4.2. Terapêutica do doente com perturbação bipolar

Proceder-se-á agora à análise da terapêutica farmacológica prescrita aos doentes com perturbação afectiva bipolar.

A grande maioria dos doentes da amostra tem prescrito pelo menos um fármaco do grupo dos estabilizadores de humor, sendo pouco usual a existência de mais de um. É importante ressaltar que os 20,2% de doentes, expressos na tabela 16, cuja terapêutica não contemplava um estabilizador de humor tinham necessariamente um antipsicótico, quer seja atípico ou típico.

**Tabela 16.** Dados relativos à utilização de anticonvulsivantes e estabilizadores de humor na amostra estudada.

Número de anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	Frequência		Percentagem		Percentagem válida		Percentagem cumulativa	
,00	17	20,2	20,2	20,2	20,2	20,2	20,2	
1,00	60	71,4	71,4	71,4	71,4	91,7	91,7	
2,00	7	8,3	8,3	8,3	8,3	100,0	100,0	
Total	84	100,0	100,0	100,0	100,0			

Ao analisar o perfil de prescrição de antipsicóticos (tabela 17 e 18), destaca-se que os agentes mais utilizados são os antipsicóticos atípicos (tabela 17). Tal escolha está em consonância com as recomendações de *guidelines*, sendo que estes apresentam também um perfil de segurança maior na sua utilização.[5], [9]

**Tabela 17.** Dados relativos à utilização de antipsicóticos atípicos na amostra estudada.

Número de antipsicóticos atípicos	Frequência		Percentagem		Percentagem válida		Percentagem cumulativa	
,00	12	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	
1,00	50	59,5	59,5	59,5	59,5	73,8	73,8	
2,00	22	26,2	26,2	26,2	26,2	100,0	100,0	
Total	84	100,0	100,0	100,0	100,0			

A análise da tabela 18 corrobora o afirmado anteriormente, apenas existindo a utilização de antipsicóticos típicos em 32,2% dos doentes. Pela análise dos registos, apura-se que a administração de antipsicóticos típicos é feita maioritariamente de forma intramuscular, vulgo formas “depot”, de longa ação.[30]

**Tabela 18.** Dados relativos à utilização de antipsicóticos típicos na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de antipsicóticos típicos	,00	57	67,9	67,9	67,9
	1,00	23	27,4	27,4	95,2
	2,00	4	4,8	4,8	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

As benzodiazepinas foram recorrentemente utilizadas nas prescrições terapêuticas analisadas, sendo (tabela 19) que 79,8% dos inqueridos teriam benzodiazepinas no seu tratamento. Estes medicamentos têm papel como coadjuvantes de um estabilizador de humor ou de um antipsicótico, pelo menos.[7]

**Tabela 19.** Dados relativos à utilização de benzodiazepinas na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de benzodiazepinas	,00	17	20,2	20,2	20,2
	1,00	49	58,3	58,3	78,6
	2,00	17	20,2	20,2	98,8
	3,00	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Quanto aos antidepressivos, sem dúvida o subgrupo mais utilizado foi os ISRS. Tal justifica-se por ser das opções mais seguras e bem estudadas, principalmente quando comparados aos tricíclicos e aos tetracíclicos.[7], [9]

É de observar, na tabela 20, a diminuta utilização de antidepressivos tricíclicos (10,7%).

**Tabela 20.** Dados relativos à utilização de antidepressivos tricíclicos na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de antidepressivos tricíclicos	,00	75	89,3	89,3	89,3
	1,00	9	10,7	10,7	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Apesar de não existir uma percentagem muito alta, os antidepressivos tetracíclicos, como a mirtazapina, têm uma utilização mais frequente (tabela 21). Esta situação poderá dever-se ao

seu melhor perfil de segurança face aos antidepressivos tricíclicos, que são geralmente evitados.[5], [7], [9]

**Tabela 21.** Dados relativos à utilização de antidepressivos tetracíclicos na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de antidepressivos tetracíclicos	,00	64	76,2	76,2	76,2
	1,00	20	23,8	23,8	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Como referido acima e por análise da tabela 22, os ISRS foram os agentes antidepressivos mais utilizados (47,6%). Estes podem ser utilizados no tratamento da depressão bipolar, sendo, no entanto, desaconselhado o seu uso em monoterapia.[5]

**Tabela 22.** Dados relativos à utilização de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de ISRS	,00	44	52,4	52,4	52,4
	1,00	38	45,2	45,2	97,6
	2,00	2	2,4	2,4	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Quanto aos IRND (tabela 23), mais especificamente a bupropiona, é de verificar a sua escassa utilização, o que poderá dever-se à falta de experiência no uso deste agente por parte dos prescritores.

**Tabela 23.** Dados relativos à utilização de inibidores da recaptção da noradrenalina-dopamina (IRND) na amostra estudada.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Número de IRND	,00	83	98,8	98,8	98,8
	1,00	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Para o estudo das associações de agentes farmacológicos, analisa-se aquelas que estarão em linha com as recomendações das guidelines da CANMAT.[5]

Relativamente à prescrição concomitante aos anticonvulsivantes e estabilizadores de humor, os mais utilizados são os antipsicóticos atípicos (67,9%) (tabela 24). De sublinhar também na tabela 24, é a baixa percentagem de doentes (2,4%) que não fazem nem com um estabilizador de humor, nem com um antipsicótico atípico, algo fundamentado em recomendações de *guidelines*.<sup>[5]</sup> Pela análise dos registos, estes doentes estarão medicados com antipsicótico típico.

**Tabela 24.** Tabulação cruzada do tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor com os antipsicóticos atípicos.

		Antipsicóticos atípicos			Total	
		,00	1,00	2,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	2	12	3	17
		% do Total	2,4%	14,3%	3,6%	20,2%
	1,00	Contagem	9	35	16	60
		% do Total	10,7%	41,7%	19,0%	71,4%
	2,00	Contagem	1	3	3	7
		% do Total	1,2%	3,6%	3,6%	8,3%
Total	Contagem	12	50	22	84	
	% do Total	14,3%	59,5%	26,2%	100,0%	

Pela análise dos registos e em consonância com o atrás referido, na associação dos estabilizadores de humor com antipsicóticos típicos, os últimos estão presentes sobretudo em formas intramusculares de longa ação. Sendo de observar na tabela 25, que apenas 26,2% dos doentes, deste estudo, tinham este tipo de associação na sua terapia.

**Tabela 25.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e antipsicóticos típicos.

		Antipsicóticos típicos			Total	
		,00	1,00	2,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	12	5	0	17
		% do Total	14,3%	6,0%	0,0%	20,2%
	1,00	Contagem	40	16	4	60
		% do Total	47,6%	19,0%	4,8%	71,4%
	2,00	Contagem	5	2	0	7
		% do Total	6,0%	2,4%	0,0%	8,3%
Total	Contagem	57	23	4	84	
	% do Total	67,9%	27,4%	4,8%	100,0%	

Através da análise da tabela 26, constata-se que a junção de anticonvulsivantes e estabilizadores de humor com benzodiazepinas é outra das associações com estabilizadores de

humor mais usual (62,0%). A associação das benzodiazepinas como coadjuvante, poderá estar relacionado com sintomatologia ansiosa ou insónia, que muitas vezes afeta estes indivíduos.[7]

**Tabela 26.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e as benzodiazepinas.

		Benzodiazepinas				Total	
		,00	1,00	2,00	3,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	2	11	3	1	17
		% do Total	2,4%	13,1%	3,6%	1,2%	20,2%
	1,00	Contagem	14	34	12	0	60
		% do Total	16,7%	40,5%	14,3%	0,0%	71,4%
	2,00	Contagem	1	4	2	0	7
		% do Total	1,2%	4,8%	2,4%	0,0%	8,3%
Total	Contagem	17	49	17	1	84	
	% do Total	20,2%	58,3%	20,2%	1,2%	100,0%	

Como já abordado anteriormente, os antidepressivos tricíclicos tendem a ser desaconselhados no tratamento de indivíduos com perturbação afetiva bipolar[5], por isso, não surpreende (tabela 27) a pouca utilização da sua associação com os estabilizadores de humor.

**Tabela 27.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e os antidepressivos tricíclicos.

		Antidepressivos tricíclicos		Total	
		,00	1,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	16	1	17
		% do Total	19,0%	1,2%	20,2%
	1,00	Contagem	52	8	60
		% do Total	61,9%	9,5%	71,4%
	2,00	Contagem	7	0	7
		% do Total	8,3%	0,0%	8,3%
Total	Contagem	75	9	84	
	% do Total	89,3%	10,7%	100,0%	

Já os antidepressivos tetracíclicos, em linha com os dados antes apresentados, são um pouco mais utilizados em associação com os estabilizadores de humor que os antidepressivos tricíclicos. Tal está patente na tabela 28, realçando-se uma percentagem maior (15,5%) desta associação quando comparando com os 9,5% dos tricíclicos (tabela 27).

**Tabela 28.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e antidepressivos tetracíclicos.

		Antidepressivos tetracíclicos		Total	
		,00	1,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	10	7	17
		% do Total	11,9%	8,3%	20,2%
	1,00	Contagem	48	12	60
		% do Total	57,1%	14,3%	71,4%
	2,00	Contagem	6	1	7
		% do Total	7,1%	1,2%	8,3%
Total	Contagem	64	20	84	
	% do Total	76,2%	23,8%	100,0%	

Após os antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina são os agentes mais frequentemente usados em associação com os estabilizadores de humor. Tal como se pode verificar na tabela 29, a expressividade desta associação é bastante menor (35,8%) que as duas mais comuns.

**Tabela 29.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

		Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)			Total	
		,00	1,00	2,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	7	10	0	17
		% do Total	8,3%	11,9%	0,0%	20,2%
	1,00	Contagem	35	24	1	60
		% do Total	41,7%	28,6%	1,2%	71,4%
	2,00	Contagem	2	4	1	7
		% do Total	2,4%	4,8%	1,2%	8,3%
Total	Contagem	44	38	2	84	
	% do Total	52,4%	45,2%	2,4%	100,0%	

Em concordância com os resultados anteriores (tabela 23), a tabela 30 mostra que apenas um indivíduo estava medicado em associação com um estabilizador de humor e um inibidor da recaptação da noradrenalina-dopamina.

**Tabela 30.** Tabulação cruzada entre o tratamento com anticonvulsivantes e estabilizadores de humor e inibidores da recaptação da noradrenalina-dopamina.

		Inibidores da recaptação da noradrenalina-dopamina (IRND)		Total	
		,00	1,00		
Anticonvulsivantes e estabilizadores de humor	,00	Contagem	17	0	17
		% do Total	20,2%	0,0%	20,2%
	1,00	Contagem	59	1	60
		% do Total	70,2%	1,2%	71,4%
	2,00	Contagem	7	0	7
		% do Total	8,3%	0,0%	8,3%
Total	Contagem	83	1	84	
	% do Total	98,8%	1,2%	100,0%	

Tal como nas associações com estabilizadores de humor, na tabela 31 observa-se que a associação de antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas também foi encontrada numa elevada percentagem (70,2%).

**Tabela 31.** Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e benzodiazepinas.

		Benzodiazepinas				Total	
		,00	1,00	2,00	3,00		
Antipsicóticos atípicos	,00	Contagem	4	8	0	0	12
		% do Total	4,8%	9,5%	0,0%	0,0%	14,3%
	1,00	Contagem	9	31	10	0	50
		% do Total	10,7%	36,9%	11,9%	0,0%	59,5%
	2,00	Contagem	4	10	7	1	22
		% do Total	4,8%	11,9%	8,3%	1,2%	26,2%
Total	Contagem	17	49	17	1	84	
	% do Total	20,2%	58,3%	20,2%	1,2%	100,0%	

A recomendação para não uso de antidepressivos tricíclicos[7] também faz sentir os seus efeitos na baixa frequência da associação de antipsicóticos atípicos com estes agentes. Esta informação encontra-se registada na tabela 32.

**Tabela 32.** Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e antidepressivos tricíclicos.

Antidepressivos tricíclicos		Total
,00	1,00	

Antipsicóticos atípicos	,00	Contagem	9	3	12
		% do Total	10,7%	3,6%	14,3%
	1,00	Contagem	44	6	50
		% do Total	52,4%	7,1%	59,5%
	2,00	Contagem	22	0	22
		% do Total	26,2%	0,0%	26,2%
Total	Contagem	75	9	84	
	% do Total	89,3%	10,7%	100,0%	

Na sequência de resultados mostrados anteriormente, a associação de antidepressivos tetracíclicos com antipsicóticos atípicos surge mais frequentemente que a associação de antidepressivos tricíclicos com antipsicóticos atípicos (tabela 33).

**Tabela 33.** Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e antidepressivos tetracíclicos.

		Antidepressivos tetracíclicos			Total
		,00	1,00		
Antipsicóticos atípicos	,00	Contagem	9	3	12
		% do Total	10,7%	3,6%	14,3%
	1,00	Contagem	36	14	50
		% do Total	42,9%	16,7%	59,5%
	2,00	Contagem	19	3	22
		% do Total	22,6%	3,6%	26,2%
Total	Contagem	64	20	84	
	% do Total	76,2%	23,8%	100,0%	

Os ISRS foram os antidepressivos mais frequentemente encontrados em associação com os antipsicóticos atípicos (40,5%), como se pode verificar na tabela 34. Estes resultados não surpreendem olhando para recomendações de *guidelines*[7] e resultados já apresentados para estes agentes em particular.

**Tabela 34.** Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e ISRS.

		Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS)			Total
		,00	1,00	2,00	
Antipsicóticos atípicos	,00	Contagem	6	6	12
		% do Total	7,1%	7,1%	14,3%
	1,00	Contagem	24	25	50
		% do Total	28,6%	29,8%	59,5%

	2,00	Contagem	14	7	1	22
		% do Total	16,7%	8,3%	1,2%	26,2%
Total		Contagem	44	38	2	84
		% do Total	52,4%	45,2%	2,4%	100,0%

Mais uma vez, pela análise da tabela 35, os inibidores da recaptção da noradrenalina-dopamina estão escassamente representados nesta amostra, mesmo quando associados com os antipsicóticos atípicos.

**Tabela 35.** Tabulação cruzada entre o tratamento com antipsicóticos atípicos e IRND.

		Inibidores da recaptção da noradrenalina-dopamina (IRND)			Total
		,00	1,00		
Antipsicóticos atípicos	,00	Contagem	12	0	12
		% do Total	14,3%	0,0%	14,3%
	1,00	Contagem	49	1	50
		% do Total	58,3%	1,2%	59,5%
	2,00	Contagem	22	0	22
		% do Total	26,2%	0,0%	26,2%
Total		Contagem	83	1	84
		% do Total	98,8%	1,2%	100,0%

Resumidamente, também foi possível aferir que as percentagens de associações com os estabilizadores de humor são comparativamente mais baixas do que as com os antipsicóticos atípicos. Uma hipótese que poderá explicar tal achado poderá ser uma maior eficácia dos estabilizadores de humor, sendo que a sua utilização ajudará na prescrição de uma terapêutica com o menor número de fármacos possível.

#### 4.3. Perfil do doente com perturbação bipolar com ideação suicida vs com tentativa de suicídio

Para se proceder à criação dos perfis de doentes com perturbação bipolar que tiveram ideias suicidas e dos que tentaram o suicídio, é necessário manter uma relação de comparação com o perfil de um doente comum com perturbação bipolar. Para além disso, também se irá realizar uma análise comparativa entre aqueles que expressaram vontade de se suicidar, em ambiente de consulta ou no Serviço de Urgência, com aqueles que foram levados para o Serviço de Urgência após comportamentos autolesivos.

Importa ainda referir que, o ato suicidário é um resultado de uma correlação entre fatores individuais, sociais e culturais. Assim, consegue-se definir um doente com risco de suicídio se ele apresentar perturbações mentais (fator geral neste estudo), abuso de substâncias, antecedentes traumáticos, fenómenos de rejeição, isolamento social, dificuldades económicas, perdas e conflitos relacionais e traços de impulsividade, sendo esta uma característica de episódios de mania e hipomania.[2], [3]

Pela análise da tabela 36, observa-se uma tendência para que os indivíduos do sexo feminino tenham mais ideações suicidas relativamente ao sexo masculino. Para além disso, está patente que esta diferença é ainda mais acentuada nos doentes que cometeram tentativas de suicídio.

**Tabela 36.** Caracterização da amostra quanto a ideações suicidas, tentativas de suicídio e o sexo.

Ideação suicida					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Feminino	13	86,7	86,7	86,7
	Masculino	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Tentativa de suicídio					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Feminino	8	88,9	88,9	88,9
	Masculino	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Quando analisamos as faixas etárias (tabela 37) dos indivíduos que tiveram episódios de ideação suicida, verifica-se um pico no intervalo [40;50[. Porém, este pico dissipa-se quando se avalia os doentes com tentativas de suicídio, havendo uma distribuição similar num intervalo mais abrangente, [20;50[.

Pode igualmente constatar-se que neste estudo assinalou-se que as faixas etárias mais baixas tendem a ruminar mais acerca da morte.

**Tabela 37.** Caracterização da faixa etária dos indivíduos com ideações suicidas e tentativas de suicídio.

Ideação suicida					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	[20;30[	4	26,7	26,7	26,7
	[30;40[	3	20,0	20,0	46,7
	[40;50[	6	40,0	40,0	86,7
	[50;60[	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Tentativa de suicídio					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa

	[20;30[	3	33,3	33,3	33,3
	[30;40[	2	22,2	22,2	55,6
	[40;50[	3	33,3	33,3	88,9
	[50;60[	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Ao se realizar uma análise cruzada entre o sexo e a faixa etária (tabela 38), retiram-se conclusões semelhantes às das duas anteriores tabelas.

**Tabela 38.** Tabulação cruzada dos dados relativos ao sexo e à faixa etária dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Ideação Suicida							
			Faixa Etária				Total
			[20;30[	[30;40[	[40;50[	[50;60[	
Sexo	Feminino	Contagem	3	3	5	2	13
		% do Total	20,0%	20,0%	33,3%	13,3%	86,7%
	Masculino	Contagem	1	0	1	0	2
		% do Total	6,7%	0,0%	6,7%	0,0%	13,3%
Total		Contagem	4	3	6	2	15
		% do Total	26,7%	20,0%	40,0%	13,3%	100,0%

Tentativa de Suicídio							
			Faixa Etária				Total
			[20;30[	[30;40[	[40;50[	[50;60[	
Sexo	Feminino	Contagem	2	2	3	1	8
		% do Total	22,2%	22,2%	33,3%	11,1%	88,9%
	Masculino	Contagem	1	0	0	0	1
		% do Total	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Total		Contagem	3	2	3	1	9
		% do Total	33,3%	22,2%	33,3%	11,1%	100,0%

Quanto à variável “estado civil” nestes casos (tabela 39), a primeira observação a realizar é a não existência da opção “viúvo”, podendo ser justificável pela associação a faixas etárias mais avançadas. Para além disso, há que reparar que, no caso da ideação suicida, a opção “casado” continua a ser a principal situação civil, se bem que com menos expressão, passando-se o mesmo com a amostra que tentou o suicídio.

**Tabela 39.** Caracterização do estado civil dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Ideação suicida					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Solteiro	4	26,7	26,7	26,7
	União de facto	1	6,7	6,7	33,3
	Casado	8	53,3	53,3	86,7
	Divorciado	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tentativa de suicídio					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa

	Solteiro	3	33,3	33,3	33,3
	Casado	5	55,6	55,6	88,9
	Divorciado	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Na tabela 40, podem verificar-se que as percentagens relativas aos indivíduos com ideação suicida não têm muita significância. Contudo, apesar de serem percentagens muito parecidas entre si, é interessante verificar que apenas as categorias “reformado por invalidez”, “doméstico” e “Rendimento Social de Inserção” são observadas nos indivíduos com episódios de tentativa de suicídio. Este fenómeno pode ser justificado pelo carácter das categorias, isto é, estas podem estar associadas a sentimentos de desespero, inutilidade, insatisfação profissional e um afastamento social.[3]

**Tabela 40.** Caracterização da ocupação dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

Ideação suicida					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Desempregado	2	13,3	16,7	16,7
	Empregado	1	6,7	8,3	25,0
	Reformado por invalidez	3	20,0	25,0	50,0
	Doméstico	2	13,3	16,7	66,7
	Rendimento Social de Inserção	4	26,7	33,3	100,0
	Total	12	80,0	100,0	
	Não mencionado	3	20,0		
Total		15	100,0		
Tentativa de suicídio					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Reformado por invalidez	3	33,3	37,5	37,5
	Doméstico	2	22,2	25,0	62,5
	Rendimento Social de Inserção	3	33,3	37,5	100,0
	Total	8	88,9	100,0	
	Não mencionado	1	11,1		
Total		9	100,0		

Relativamente à variável de insuficiência económica (tabela 41), é de notar uma exacerbação crescente da sua presença à medida que a severidade da patologia aumenta. Os motivos deste aumento podem ser os mesmos que para a variável “ocupação”. Todavia, estes resultados também podem estar ligados a dívidas, relacionadas com negócios e gastos imprudentes, para as quais os indivíduos não consigam encontrar solução.[2], [3]

**Tabela 41.** Dados relativos à insuficiência económica dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

<b>Ideação suicida</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Sim	12	80,0	80,0	80,0
	Não	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
<b>Tentativa de suicídio</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Sim	8	88,9	88,9	88,9
	Não	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Observando a tabela 42, que descreve a existência de antecedentes familiares de patologia psiquiátrica, repara-se que as percentagens são iguais entre os doentes com ideação suicida e aqueles que efetivamente tentam o suicídio, tendo, contudo, que se apontar para uma significância estatística. Ou seja, numa análise comparativa com a amostra completa de 84 doentes (tabela 12), visualiza-se um grande incremento da presença de antecedentes familiares de patologia psiquiátrica em doentes com ideias e ações de morte. Aliás, pode-se de certa forma estabelecer uma associação: a existência de uma história familiar a uma maior severidade patológica.[29]

**Tabela 42.** Dados relativos a antecedentes familiares de patologia psiquiátrica dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

<b>Ideação suicida</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Sim	10	66,7	66,7	66,7
	Não	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
<b>Tentativa de suicídio</b>					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Sim	6	66,7	66,7	66,7
	Não	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Quanto à história de dependência, ao observar os resultados da tabela 43, não se pode concluir que este seja um fator predominante entre estes doentes. Ainda assim, é de verificar um aumento da sua expressão estatística em relação à tabela 13.[3]

**Tabela 43.** Tabulação cruzada da história pessoal de alcoolismo e história pessoal de toxicodependência com ideação suicida e tentativas de suicídio.

<b>Ideação suicida</b>					
			História de Toxicodependência		Total
			Sim	Não	
História de Alcoolismo	Sim	Contagem	3	1	4
		% do Total	20,0%	6,7%	26,7%
	Não	Contagem	0	11	11
		% do Total	0,0%	73,3%	73,3%
Total		Contagem	3	12	15
		% do Total	20,0%	80,0%	100,0%
<b>Tentativa de suicídio</b>					
			História de Toxicodependência		Total
			Sim	Não	
História de Alcoolismo	Sim	Contagem	3	0	3
		% do Total	33,3%	0,0%	33,3%
	Não	Contagem	0	6	6
		% do Total	0,0%	66,7%	66,7%
Total		Contagem	3	6	9
		% do Total	33,3%	66,7%	100,0%

Através de uma análise rápida da tabela 44, verifica-se desde logo um aumento das médias, tanto para os doentes com ideação suicida como para os com tentativas de suicídio.

Relativamente aos internamentos, sublinha-se que a ideação suicida não é sinónimo de necessidade de internamento para reequilíbrio. Porém, por uma análise simples das modas, conclui-se que um doente com tentativas de suicídio apresenta uma patologia muito mais descontrolada do que aqueles que têm ideação suicida. Tal conclusão também pode ser inferida pelos percentis.

Nos recursos ao Serviço de Urgência também é visível um aumento geral dos parâmetros estatísticos para os doentes com tentativas de suicídio. Todavia, esta diferença não é muito acentuada, nem tem um carácter tão alarmante como a necessidade de internamentos.

Por fim, quanto às consultas, pode observar-se que os parâmetros estatísticos que divergem mais numa comparação são a mediana e os percentis de 50 e 75. Por análise destes valores, chega-se à conclusão de uma maior necessidade de acompanhamento médico no grupo que tentou suicídio, provavelmente por maior descompensação patológica ou por estes doentes terem maior probabilidade de fazerem uma terapêutica com fármacos via intramuscular.[30]

**Tabela 44.** Análise estatística dos recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica, consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de 2013 a 2015, dos doentes com ideação suicida e tentativas de suicídio.

<b>Ideação suicida</b>				
		Recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica	Consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
N	Válido	15	15	15
	Omisso	0	0	0
Média		7,0667	27,3333	5,4667
Mediana		4,0000	16,0000	3,0000
Moda		1,00	12,00 <sup>a</sup>	,00
Desvio Padrão		7,82365	24,45306	7,07982
Variância		61,210	597,952	50,124
Amplitude		27,00	90,00	21,00
Mínimo		,00	2,00	,00
Máximo		27,00	92,00	21,00
Soma		106,00	410,00	82,00
Percentis	25	1,0000	9,0000	,0000
	50	4,0000	16,0000	3,0000
	75	10,0000	41,0000	6,0000
<b>Tentativa de suicídio</b>				
		Recursos ao Serviço de Urgência por patologia psiquiátrica	Consultas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	Internamentos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
N	Válido	9	9	9
	Omisso	0	0	0
Média		9,7778	33,7778	8,4444
Mediana		8,0000	34,0000	6,0000
Moda		4,00	6,00 <sup>a</sup>	6,00 <sup>a</sup>
Desvio Padrão		8,75754	28,98611	7,85988
Variância		76,694	840,194	61,778
Amplitude		26,00	86,00	21,00
Mínimo		1,00	6,00	,00
Máximo		27,00	92,00	21,00
Soma		88,00	304,00	76,00
Percentis	25	3,0000	8,5000	2,5000
	50	8,0000	34,0000	6,0000
	75	16,0000	51,0000	16,5000
a. Há várias modas. O menor valor é mostrado				

#### 4.4. Tentativas de suicídio

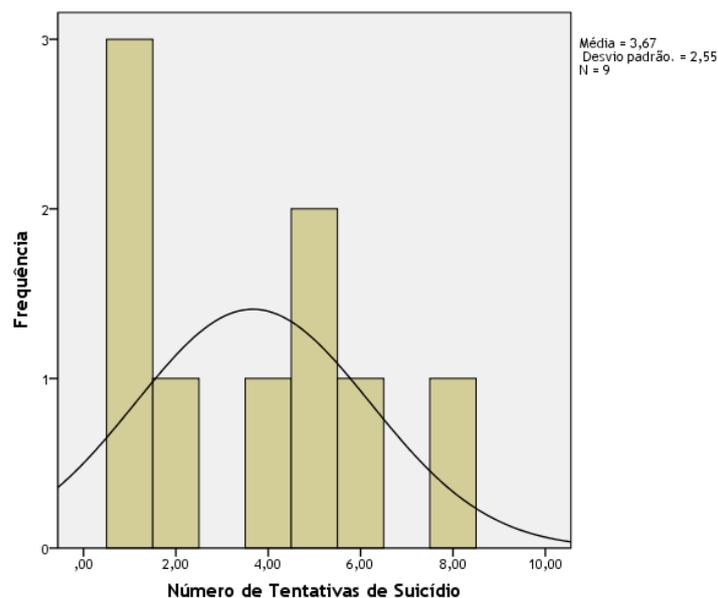
Estudando especificamente os doentes que tentaram suicídio e todos estes episódios registados no Serviço de Urgência, formulou-se a tabela 45. Nesta tabela pode ser observado que cada doente com tentativa de suicídio terá tido em média 3,7 episódios desta natureza.

Verifica-se também, que 25% dos doentes terá tido 5,5 ou mais episódios de tentativa registados, sendo que o máximo corresponde a um só doente com 8 tentativas de suicídio (gráfico 1).

**Tabela 45.** Análise estatística do número de tentativas de suicídio, para a amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.

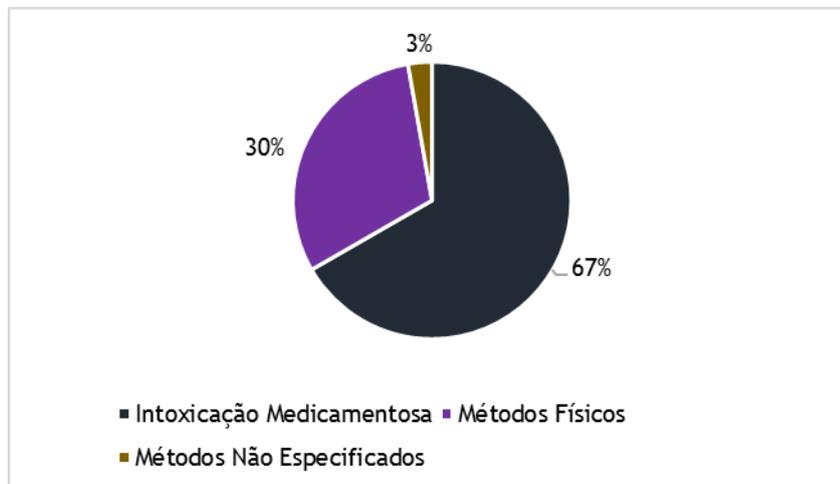
N	Válido	9
	Omisso	0
Média		3,6667
Mediana		4,0000
Moda		1,00
Desvio Padrão		2,54951
Variância		6,500
Amplitude		7,00
Mínimo		1,00
Máximo		8,00
Soma		33,00
Percentis	25	1,0000
	50	4,0000
	75	5,5000

Apesar de, na tabela 45, se referir que a moda é de uma tentativa, a análise do histograma (gráfico 1) auxilia a observação. Verifica-se que a maior parte destes doentes terá tentado o suicídio mais do que uma vez, podendo ser concluído um carácter recorrente deste tipo de episódios em doentes com risco de suicídio.



**Gráfico 1.** Histograma das tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.

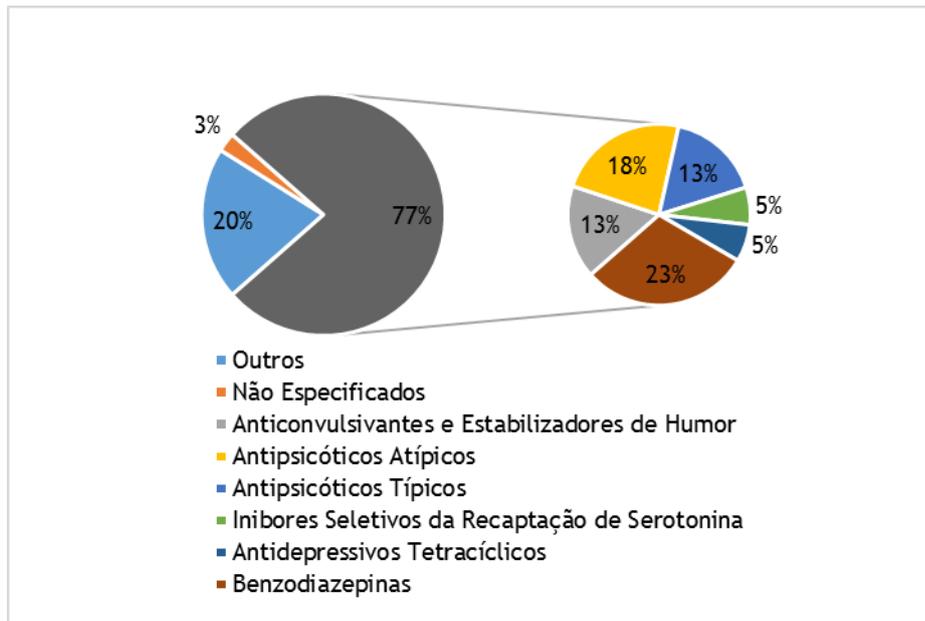
Pelo gráfico 2, verifica-se que estes doentes preferiram tentar o suicídio por intoxicação medicamentosa. Esta metodologia é vista como menos violenta, sendo a maior parte destes indivíduos do sexo feminino, e, para doentes com acesso a medicação, pode ser considerado mais fácil.[3]



**Gráfico 2.** Gráfico circular dos métodos utilizados para as tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.

Numa análise mais profunda, é observado (gráfico 3), que dentro das intoxicações medicamentosas, os fármacos mais utilizados foram os de índole psiquiátrica (77%), sendo um valor expetável por se tratar de um grupo de doentes com patologia psiquiátrica. Ainda é de referir, que os 20% relativos a outros fármacos, são principalmente fármacos com indicação terapêutica para o tratamento da dor, sendo a dor crónica outro factor de risco para o suicídio e, os antihipertensores que, por vezes, também são usados como coadjuvante na terapêutica psiquiátrica.

Finalmente, é de ressaltar a maior utilização de benzodiazepinas (23%) e antipsicóticos atípicos (18%) para consumar a ideação suicida (gráfico 3).



**Gráfico 3.** Gráfico circular e subgráfico circular relativos às intoxicações medicamentosas nas tentativas de suicídio, da amostra estudada, registadas no Serviço de Urgência do Hospital da Guarda de 2013 a 2015.

Assinala-se que durante pesquisa para bibliográfica deste estudo, não se conseguiram encontrar dados que permitissem analisar comparativamente estes resultados.

## 5. Limitações

Durante a realização deste estudo, as maiores dificuldades foram encontradas a nível da recolha de dados.

Pode se afirmar que uma das limitações, que se reflete nos resultados, foi os registos incompletos e incongruentes.

Ainda se verificou que existiam muitos doentes que deixaram de ir às consultas sem motivo aparente. Contudo, através de diários clínicos verificou-se o historial de ideações ou tentativas de suicídio, ou a associação do avançar de idade aliado a diversas co-morbilidades. Como não foi possível consultar registos de óbito, é possível supor a hipótese que alguns indivíduos da amostra estudada tenham falecido.

Além do já referido, é de salientar que o facto deste estudo se debruçar sobre esta patologia, levou à necessidade de avaliar todas as consultas de todos os doentes, pois para satisfazer os critérios, para o diagnóstico de perturbação bipolar, bastaria ter um único episódio de mania ou hipomania. Esta ocorrência levou a uma dificuldade em abranger mais anos de estudo, que poderiam possibilitar resultados mais coerentes.

## 6. Conclusões

Pelos resultados obtidos podemos afirmar o quão complicado é fazer uma avaliação dos resultados deste estudo em termos comparativos com panoramas nacionais ou internacionais. Isto deve-se ao facto de os resultados não corresponderem a todos os doentes com perturbação bipolar nos 3 anos de estudo (2013-2015) e os doentes registados nos processos pedidos ao Serviço de Bioestatística do Hospital da Guarda dos anos 2014 e 2015, também não corresponderem a todos os doentes com este diagnóstico em 2014 e 2015. Contudo, com a amostra em estudo ainda é possível retirar conclusões e reconhecer padrões importantes.

Confrontando o valor preconizado de 1/3 de doentes que cometem pelo menos uma tentativa de suicídio na sua vida, poderíamos dizer que o valor 10,7% retirado deste estudo seria uma percentagem bastante baixa. Porém, ao averiguar que os 10,7% correspondem a 3 anos de estudo da amostra, esta afirmação poderá não ser tão linear e podendo a percentagem ser considerada bastante significativa.

Interessa constatar que as características normalmente descritas como de potenciadoras de suicídio, estavam presentes na sub amostra de doentes com ideações suicidas e tentativas de suicídio, ou seja: o historial de uso de substâncias de abuso estava aumentado; existiam características sociais que podiam levar à alienação, principalmente em termos ocupacionais; realçou-se uma elevada percentagem de problemas económicos; e estava patente, num número significativo de indivíduos, uma história familiar da doença. A identificação destes padrões é de extrema importância, quer para reconhecer um doente em crise e risco de suicídio, quer para tentar prevenir que outros doentes entrem em crise. É ainda de referir que, o reconhecimento de um doente em crise pode permitir ao profissional de saúde auxiliá-lo antecipadamente. Tal como Durkheim refere na sua tese, as ligações humanas podem ajudar um individuo em crise a ter sentimentos de pertença, integração e conforto, afastando-o de pensamentos de morte.[3]

Para além disso, o estudo, análise e comparação da medicação administrada na terapêutica e dos medicamentos mais usados nas tentativas de suicídio (estabilizadores de humor, antidepressivos, antipsicóticos e benzodiazepinas), pode ser um ponto de partida para melhorar a monitorização e seguimento farmacoterapêutico dos doentes com perturbação bipolar e outras patologias psiquiátricas.

Em suma, um profissional de saúde apesar de se especializar numa área, tal como o farmacêutico é o especialista do medicamento, deve agir sempre que possível de uma forma holística perante o doente e a sua saúde. Por vezes a compreensão da mente pode salvar tantas vidas e ser tão importante, como a compreensão do corpo.

## 7. Referências Bibliográficas

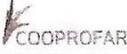
- [1] N. C. Andreasen and D. W. Black, *Introdução à Psiquiatria*, 4<sup>a</sup> ed. American Psychiatric Publishing Inc., 2006.
- [2] M. L. Figueira, D. Sampaio, C. Oliveira, and G. Jesus, *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5<sup>a</sup> ed. Climepsi Editores, 2014.
- [3] C. B. Saraiva, B. Peixoto, and D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*, 2<sup>a</sup> ed. Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2014.
- [4] S. Tse, G. Murray, C. K-f, L. Davidson, N. K-l, and Y. C. H. Exploring, “Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages,” pp. 366-377, 2014.
- [5] Y. Ln, K. Sh, P. Sv, A. Schaffer, S. Beaulieu, and M. Alda, *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments ( CANMAT ) and International Society for Bipolar Disorders ( ISBD ) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder : update 2013*. 2013.
- [6] C. J. Mallo, D. L. Mintz, and K. C. Lewis, “Integrating Psychosocial Concepts into Psychopharmacology Training: A Survey Study of Program Directors and Chief Residents,” vol. 42, no. 2, pp. 243-254.
- [7] S. M. Stahl, *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações práticas*, 4<sup>a</sup> ed. Editora Guanabara Koogan Ltdad.
- [8] A. Can, T. G. Schulze, and T. D. Gould, “Pharmacology , Biochemistry and Behavior Molecular actions and clinical pharmacogenetics of lithium therapy,” *Pharmacol. Biochem. Behav.*, vol. 123, pp. 3-16, 2014.
- [9] D. Taylor, C. Paton, and S. Kapur, *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 12<sup>a</sup> ed. Wiley Blackwell, 2015.
- [10] “Prontuário Terapêutico: lítio.” [Online]. Available: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=l%EDtio&x=0&y=0&rb1=0>. [Accessed: 10-Apr-2017].
- [11] R. F. Mcknight, M. Adida, K. Budge, S. Stockton, G. M. Goodwin, and J. R. Geddes, “Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis,” *Lancet*, vol. 379, no. 9817, pp. 721-728.
- [12] R. Oruch, M. A. Elderbi, H. A. Khattab, I. F. Pryme, and A. Lund, “Lithium: A review of pharmacology , clinical uses , and toxicity,” *Eur. J. Pharmacol.*, vol. 740, pp. 464-473, 2014.
- [13] “Prontuário Terapêutico: ácido valproico.” [Online]. Available: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=%E1cido+valproico&x=0&y=0&rb1=0>. [Accessed: 10-Apr-2017].
- [14] R. Moinho, A. Dias, P. Estanqueiro, and J. F. Neves, “Overdose with antiepileptic drugs: the efficacy of extracorporeal removal techniques,” 2014.

- [15] A. Salomone, D. Di Corcia, E. Gerace, and M. Vincenti, "A Fatal Case of Simultaneous Ingestion of Mirtazapine , Escitalopram , and Valproic Acid," vol. 35, no. September, pp. 519-523, 2011.
- [16] V. Temel, M. Arikan, G. Temel, and C. Report, "Case Report High-Flux Hemodialysis and Levocarnitine in the Treatment of Severe Valproic Acid Intoxication," vol. 2013, pp. 3-5, 2013.
- [17] M. Tanabe, P. Corporation, A. Colak, D. Memis, A. Guzel, H. Cerci, B. Gurkaynak, and T. Food, "Valproic acid intoxication with suicide attempt in a pediatric patient," no. Table 1, pp. 3-5, 2011.
- [18] M. Fleurat and C. Smollin, "Case Files of the University of California San Francisco Medical Toxicology Fellowship : Lamotrigine Toxicity," pp. 52-58, 2012.
- [19] A. Alabi, A. Todd, A. Husband, and J. Reilly, "Safety profile of lamotrigine in overdose," pp. 369-381, 2016.
- [20] S. Grosso, S. Ferranti, C. Gaggiano, E. Grande, B. Loi, and R. Di Bartolo, "Massive lamotrigine poisoning . A case report," *Brain Dev.*, vol. 39, no. 4, pp. 349-351, 2017.
- [21] D. N. Bateman, "Antipsychotic drugs," *Medicine (Baltimore)*., vol. 40, no. 3, pp. 105-106, 2011.
- [22] A. B. Minns and R. F. Clark, "Toxicology and Overdose of Atypical Antipsychotics," *J. Emerg. Med.*, vol. 43, no. 5, pp. 906-913, 2012.
- [23] H. Heng, T. Mbbs, J. Hoppe, and K. Heard, "A systematic review of cardiovascular effects after atypical antipsychotic medication overdose ☆," *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 27, no. 5, pp. 607-616, 2009.
- [24] A. Muneer, "Pharmacotherapy of Acute Bipolar Depression in Adults : An Evidence Based Approach," pp. 137-148, 2016.
- [25] J. M. Cooper, S. B. Duffull, A. S. Saiao, and G. K. Isbister, "The pharmacokinetics of sertraline in overdose and the effect of activated charcoal," pp. 307-315, 2014.
- [26] "Prontuário Terapêutico: diazepam." [Online]. Available: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=diazepam&x=0&y=0&rb1=0>. [Accessed: 10-Apr-2017].
- [27] M. Łukasik-głębocka, K. Sommerfeld, A. Teżyk, P. Panieński, C. Żaba, K. Sommerfeld, A. Teżyk, and M. Łukasik-głę, "Flubromazolam - A new life-threatening designer benzodiazepine," vol. 3650, no. November, 2015.
- [28] I. Review and G. H. Vazquez, "The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Clinical Psychiatry," vol. 59, no. 8, pp. 412-416, 2014.
- [29] O. Özdemir, S. Coşkun, E. A. Mutlu, P. G. Özdemir, A. Atli, E. Yilmaz, and S. Keskin, "Family History in Patients with Bipolar Disorder," pp. 276-279, 2016.
- [30] A. R. Prajapati, J. Wilson, and I. Maidment, "Efficacy and safety of second-generation antipsychotic long-acting injections ( SGA LAIs ) in maintenance treatment of bipolar disorder : protocol for a systematic review and meta-analysis," pp. 1-6, 2016.

Anexos

Anexo I

Exemplo de uma fatura de encomenda



**COOPROFAR, CRL**  
 21 Portelana - F. Pedro J. Ferreira, 200/210  
 4470 617 GONDOMAR Tel:22 3461310 Fax:22-3401055 NIF: P 505 336 512  
 Capital Social: VARIÁVEL C.N.C. de Gondomar n.º: 500336512  
 EMAIL: geral@cooprofar.pt URL:www.cooprofar.pt NIB:0010 0000 1774577000169

**FACTURA N.º:**  
 PAGINA: 1 / 1  
 DATA: 30-09-2012  
 GUIA N.º: ?  
 IMPRESSÃO: 30-09-2012 12:01  
 NORMAL 20X  
 V/REP:  
 <<Processado por computador>>

Carga: GUARDA 21481 FARM.MODERNA-GUARDA  
 Quinta da Torre, Galegos FARM.MODERNA DE SÃO MIGUEL/GUARDA,S.A.  
 6100-768 GUARDA Av.ª S.MIGUEL -ED. 2 B FACHEIRA  
 6300 864 GUARDA  
 Contrib. n.º

FARM.MODERNA-GUARDA  
 Av.ª S.MIGUEL -ED. 2 B FACHEIRA  
 6300 864 GUARDA

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	PED.	ENV.	V.UNIT	PVA	DESC.	IVA INFORM.	P.V.F.	VAL(EUR) CAIXA
A15813191	TANSULOSINA RELIVA 0,4 MG 30 CAPS	2	2	4,97	3,38	6%		3,76	7,52 010309

Legenda: RM (Ret. Mercant), PF (Prod. Falt), RL (Ret. Labor), O (Tel. Intermit ou Gólgol)					Q	INCIDÊNCIA	IVA	VALOR IVA		PVP
A1 PVA<=5	A2 PVA<=7	A3 PVA<=10	A4 PVA<=20	A5 PVA<=50	A6 PVA>50	0,20	4,00%	0,08	TOTAL ÉTICO	7,52
						0,20	12,00%	0,12	TOTAL NETTO:	0,00
						0,20	20,00%	0,16	SUBTOTAL:	7,52
						0,20	21,00%	0,20	TOTAL IMPOSTO:	0,45
						0,20	0,00%	0,00	TOTAL LIQUIDO:	7,97

Encomenda: data entrega: 2012-09-30  
 FARM.MODERNA-GUARDA  
 Av.ª S.MIGUEL -ED. 2 B 6300 864 GUARDA

N.º Factura: N.º Ref: 1  
 Total Unid: 2

# Anexo II

## Exemplo de uma nota de devolução

### FARMÁCIA MODERNA DE SÃO MIGUEL/GUARDA,SA

Vieira Lopes - Saúde, Unip., Lda.  
Direcção Técnica, Dr.ª Raquel Vieira L. Andrade  
Av. S. Miguel Ed. 2- B. Fachera  
6300-864 GUARDA  
Nº Contribuinte :  
Telef. 271239314  
Fax : 271210170

### Nota de Devolução (Triplicado)

Exmo(s) Sr(s):  
13 COOPROFAR  
ZONA INDUSTRIAL DA PORTELHINHA  
GONDOMAR  
4424 909

Nº. Contribuinte

Data: 02-07-2011 V/Doc.:

Código	Nome Comercial	Validade	Qtd	Bon	IVA	P.V.P.	P.V.F.	Valor
<b>PREÇO ERRADO</b>								
5023841	DONEPEZIL O GENERIS 5 MG 56 COMP		1	0	60%	79,79 €	58,41 €	58,41 €
			1					58,41 €

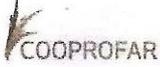
Local da carga : Nossas Instalações Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Viatura: \_\_\_\_\_  
Local da descarga : Morada do Destinatário Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Resumo de Totais por IVAS

Taxa	Incidência	I.V.A.	TOTAIS
6,0%	58,41 €	3,50 €	61,91 €
	58,41 €	3,50 €	61,91 €

# Anexo III

## Exemplo de uma nota de crédito

				NOTA DE CREDITO N.º:		Processado por Computador		
ZI Portelinha - R Pedro J Ferreira, 200/210 4420-612 GONDOMAR				Página	1 / 1			
Contribuinte n.º 500 336 512 Tels:22-3401010 Fax: 22-3401055 Capital Social: VARIÁVEL C.R.C. de Gondomar n.º: 500336512				<b>ORIGINAL</b>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Descarga:</b>            FARM.MODERNA-GUARDA            Avº S.MIGUEL -ED. 2 B FACHEIRA            6300 864 GUARDA         </div>				21481 FARM.MODERNA-GUARDA FARM.MODERNA DE SÃO MIGUEL/GUARDA,S.A. Avº S.MIGUEL -ED. 2 B FACHEIRA 6300 864 GUARDA Contribuinte nº				
		468911		DATA:09-08-2012				
		H		NORMAL 20%				
DESIGNAÇÃO	QTD	Validade Lote	V.UNIT	DESC	IVA	SIT.	N/FARM	INF. VAL (EUR)
737410# SEVEN SEAS JOINTCARE COMPLETE 20 SAQ.	2	2014-09 111612	15,18	NETT	23%		02	45,54

LEGENDA:		B. INCIDENCIA	IVA	VALOR IVA	EUR
RM -> Retirado do Mercado		0,00	5,00%	0,00	
Recl -> Referente a Reclamação		0,00	12,00%	0,00	
		45,54	23,00%	10,47	TOTAL ETICO: 0,00
A1 PVA <= 5	A2 PVA <= 7	A3 PVA <= 10	0,00	20,00%	0,00
A4 PVA <= 20	A5 PVA <= 50	A6 PVA > 50	0,00	21,00%	0,00
			0,00	0,00%	0,00
			0,00	6,00%	0,00
					TOTAL NETT: 45,54
					TOTAL IMPOSTO: 10,47
					TOTAL LIQUIDO: 56,01

Ao abrigo do Art.71 n.º5 do CIVA, agradecemos que nos enviem uma cópia devidamente carimbada e assinada como comprovação de terem recebido o original da presente NOTA DE CREDITO.

# Anexo IV

Exemplo de uma receita médica eletrônica materializada

<b>Receita Médica Renovável Nº</b>  * 2 1 2 6 3 1 2 0 0 0 2 8 1 *		<b>CLINGUARDA</b>  * 0 9 7 0 3 2 3 *	 <b>Ministério da Saúde</b>
Utente: Telefone: R.C.: <b>RO</b> Entidade Responsável: SAD PSP Nº. de Beneficiário:		 * 2 8 8 7 4 5 0 6 6 *	
 * M 2 9 7 4 9 *	Especialidade: Neurologia Telefone: 271213003		<b>3ª VIA</b>
Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem		Nº Extenso	Identificação Óptica
<b>1</b> Memantina, Axura, 20 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 28 unidade(s) Posologia: 1cp ao jantar Desp. 13020/2011, de 20/09		2 Dois	 * 5 1 1 5 4 5 6 *
Assinatura do Médico Prescritor _____		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico	
Data: 2012-02-11 Validade: 6 MESES		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Não Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico	
Assinatura do Médico Prescritor _____		Assinatura do Médico Prescritor _____	

DOCBase. 4.1 11 0 - Mobilwave SA

# Anexo V

## Exemplo do processamento de uma receita com participação

FARMACIA MODERNA DE SAO MIGUEL/GUARDA,SA  
Dir.Técnica: Dr.ª Raquel Videira L. Andrade  
Nº.Contrib.: 508270235 Telef.: 271239314  
Beneficiário: 108137101/F  
Data: 07-08-2012 Op 12

Ent. 18 SAD/PSP Lote 1 Receita 5  
Designação Qtd  
PUP Pr.Refª % Comp. Utente  
AXURA 20 MG 28 COMP. REVEST. POR PEL 2  
86,56 37% 64,06 109,06

Totais  
173,12 64,06 109,06



\*5115456\* - AXURA 20 MG 28 COMP. REVEST. POR PEL.



\*5115456\* - AXURA 20 MG 28 COMP. REVEST. POR PEL.

Declaro que me foram dispensadas as 2 embalagens de medicamentos constantes da receita e prestados os conselhos e informações sobre a sua utilização.  
O utente

Direito de Opção

7/8/2012

FARMACIA MODERNA DE SAO MIGUEL/GUARDA,SA  
Dir.Técnica: Dr.ª Raquel Videira L. Andrade  
Nº.Contrib.: 508270235 Telef.: 271239314  
Beneficiário: 108137101/F  
Data: 07-08-2012 Op 12

# Anexo VI

Ficha para a requisição/distribuição/administração de benzodiazepinas a nível hospitalar

REQUISICÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A, ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/83, DE 22 DE JANEIRO, COM RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º \_\_\_\_\_ **Anexo X**

Serviços Farmacêuticos do \_\_\_\_\_

SERVIÇO SALA \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Medicamento (DCI)	Forma farmacêutica	Dosagem	Código

Nome do doente	Cama/ processo	Quantidade pedida ou prescrita	Enfermeiro que administra o medicamento		Quantidade fornecida	Observações
			Rubrica	Data		
		<i>Total</i>			<i>Total</i>	

Assinatura legível do director do serviço ou legal substituto _____ Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Assinatura legível do director dos serviços farmacêuticos ou legal substituto _____ Data ____/____/____ N.º Mec. _____	Entregue por (ass. legível) _____ Data ____/____/____ N.º Mec. _____ Recebido por (ass. legível) _____ Data ____/____/____ N.º Mec. _____
--	--	--

Modelo n.º 1509 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

# Anexo VII

Ficha para a requisição/distribuição/administração de medicamentos psicotrópicos a nível hospitalar



**HOSPITAL DE SOUSA MARTINS**  
SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE  
**PSICOTRÓPICOS**

Nº

MEDICAMENTO

CÓDIGO

DESIGNAÇÃO

FÓRMULA FARMACÊUTICA

QUANTIDADE

**ENTREGA**

FARMACÊUTICA(O)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECEBIMENTO**

ENFERMEIRA(O)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DEVOLUÇÃO**

ENFERMEIRA(O)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENTREGA**

FARMACÊUTICA(O)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO NOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

OBS. \_\_\_\_\_

---

FICHA DE CONTROLO DE  
**PSICOTRÓPICOS**  
HOSPITAL SOUSA MARTINS

Nº

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

FORM. FARM. \_\_\_\_\_ QUANT. \_\_\_\_\_

RECEBI \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Nº	DATA	PROC. CLÍN. / CAMA	DOENTE	AUT.* MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	B.*
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, ESCREVA DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA

Mod. 276 SF - H.S.M.

OBS. \_\_\_\_\_

# Anexo VIII

Ficha para a requisição/distribuição/administração de estupefacientes a nível hospitalar



Ministério da Saúde  
U.L.S.  
Guarda, E.P.E.

SERVIÇOS FARMACEUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE  
**ESTUPEFACIENTES**

Nº

MEDICAMENTO

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	FÓRMULA FARMACÉUTICA	QUANTIDADE

**ENTREGA**

FARMACÉUTICA(O)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECEBIMENTO**

ENFERMEIRA(O)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DEVOLUÇÃO**

ENFERMEIRA(O)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENTREGA**

FARMACÉUTICA(O)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS.: \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO NOS  
SERVIÇOS FARMACÉUTICOS

---

FICHA DE CONTROLO DE  
**ESTUPEFACIENTES**  
**U.L.S.GUARDA,E.P.E.**

Nº

MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

FORM. FARM. \_\_\_\_\_ QUANT \_\_\_\_\_

RECEBI \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_

Nº	DATA	PRÓC. CLÍN / C AMA	DOENTE	AUT.ª MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	B.º
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, ESCREVA DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA

U.L.S.G.E.P.E. - Mod. - 275

OBS. \_\_\_\_\_

# Anexo IX

Ficha para a requisição/distribuição/administração de hemoderivados a nível hospitalar

Número de série 1604713 VIA FARMÁCIA



**MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS**  
**REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**  
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos<sup>1)</sup>)

HOSPITAL \_\_\_\_\_

SERVIÇO \_\_\_\_\_

<p>Médico _____ <small>(Nome legível)</small></p> <p>N.º Mec. ou Vinheta _____</p> <p>Assinatura _____</p> <p style="text-align: center;">Data ____/____/____</p>	<p><b>Identificação do doente</b> <small>(nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de utente do SNS)</small></p> <p style="text-align: right;"><b>QUADRO A</b></p> <p><small>Apor etiqueta autocolante, cópia ou outro. Enviar tantos autocolantes, com identificação do doente, quantas as unidades requisitadas.</small></p>
---	--

**REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA** (a preencher pelo médico)

<p>Hemoderivado _____ <small>(Nome, forma farmacêutica, via de administração)</small></p> <p>Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____</p> <p>Diagnóstico/Justificação Clínica _____</p>	<b>QUADRO B</b>
--	-----------------

**REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED

Enviado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Farmacêutico \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

(<sup>1</sup>) Excepcionalmente, o plasma fresco congelado inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço requisitante (Assinatura) \_\_\_\_\_ N.º Mec. \_\_\_\_\_

**I. Instruções relativas à documentação:**

A requisição, constituída por **2 vias (VIA FARMÁCIA e VIA SERVIÇO)**, é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

**VIA SERVIÇO** – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

**VIA FARMÁCIA** – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. *Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

**II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:**

- a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;
- b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Modelo n.º 1804 (Exclusivo da INCM, S. A.) **INCM**

## Anexo X

Autorização do estudo pela Comissão de Ética e do Diretor Clínico do Unidade Local de Saúde da Guarda



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Exma. Senhora  
Joana Teresa Gomes dos Santos  
Rua Cândido Dias Lopes, n.º1, 3.º Esq. Frente  
6300-362 Guarda

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA  
N.º:  
PROC. N.º:

DATA

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de um estudo subordinado ao título: “Potenciais intoxicações com a terapêutica farmacológica no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental”.

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor ao desenvolvimento do projeto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico

(Dr. Luís Gil Barreiros)

Saida 0078571701181153

LGB/BTB

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.  
Av. Rainha D. Amélia 6301 858 Guarda, PORTUGAL  
TEL +351 271 200 200 FAX +351 271 223 104 EMAIL [secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt) [www.ulsguarda.min-saude.pt](http://www.ulsguarda.min-saude.pt)

ULSG.Imp.002.01

1/1